

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

ROSÂNGELA MARIA LENTZ MARQUES

**ADOLESCÊNCIA E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
Fatores de Risco e de Proteção**

FLORIANÓPOLIS

2004/2

ROSÂNGELA MARIA LENTZ MARQUES

ADOLESCÊNCIA E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Fatores de Risco e de Proteção

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela professora Ms. Elisia Puel.

Tkh -
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2004/2

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 10 / 12 / 04

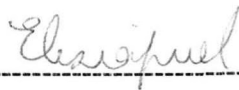
ROSÂNGELA MARIA LENTZ MARQUES

ADOLESCENTES E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Fatores de Risco e de Proteção

**Trabalho de Conclusão apresentado ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social.**

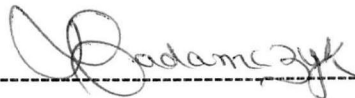
BANCA EXAMINADORA



Professora Ms. Elisia Puel

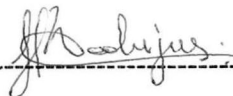
Departamento de Serviço Social – UFSC

Presidente



Professora Ms. Jaira Freixtela Adamczyk

Departamento de Serviço Social – UFSC



Mariléa Moretti Rodrigues

Assistente Social

Florianópolis, novembro de 2004

“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo em que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive”.

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

**Dedico este trabalho aos meus filhos
Joana e Eduardo**

AGRADECIMENTOS

A Elísia Puel, por sua dedicação, orientação, atenção, colaboração e valiosa contribuição.

A Mariléa Moretti Rodrigues e Jaira Freixela Adamczyk, por aceitarem prontamente, fazer parte da banca examinadora deste estudo.

Aos profissionais do Centro em Referência do Adolescente, especialmente à minha supervisora de estágio, a Assistente Social Mariléa M. Rodrigues, pela orientação e doação de seu conhecimento e experiência.

Aos funcionários do Setor de Prontuários da DAME, pela colaboração.

A todos os professores que nos possibilitaram essa caminhada, especialmente, Kátia Macedo, pela sua compreensão quanto à entrega do projeto e relatório de estágio e a Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão, por seu incentivo.

Aos adolescentes anônimos que participaram desta pesquisa, contribuindo para a construção deste estudo.

A todos os meus colegas, especialmente Vanessa Costa, Vera Lucianetti, Edenise Francisco, Fernanda Borba, Maria Catarina Machado, Fabiana Macedo, Keila Arimura, Daniele Beatriz Manfrini, pelo auxílio prestado nos diversos momentos dessa caminhada.

Ao meu marido Cristiano Marques pela compreensão, incentivo e disponibilidade em ajudar sempre que solicitado.

Aos meus filhos Joana Lentz Marques e Eduardo Marques, meu especial agradecimento pela preciosa contribuição na digitação deste trabalho.

A minha família, pelo incentivo, amor. Obrigado por entender minhas ausências.

A todos que me auxiliaram na construção deste trabalho.

MARQUES, Rosângela M. L. **Adolescente e o uso de substâncias psicoativas: fatores de riscos e de proteção.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem por finalidade relatar a experiência de estágio no Centro de Referência em Saúde do Adolescente, que funciona na Diretoria de Assistência Médica (DAME) da Secretaria Estadual de Saúde, onde desenvolvemos um projeto de intervenção sobre o adolescente e o uso de substâncias psicoativas, dentro do Programa do Adolescente, apresentando os principais fatores de riscos e de proteção. Devido ao alarmante aumento no consumo de drogas, principalmente entre os adolescentes, este trabalho ocupa-se em apresentar um estudo sobre a relação entre a adolescência, a escola, a comunidade, o grupo, e o uso abusivo de drogas. Realizamos uma pesquisa baseada nos prontuários dos adolescentes ingressos no Programa, para levantarmos dados relevantes na detecção de tais fatores e, sobretudo, aqueles que mais incidiram no relato feito pelos mesmos. Entendemos a adolescência como um período vital do ciclo de vida em que a curiosidade natural por experiências novas pode influenciar no uso de drogas. Quando acontece de forma abusiva constitui-se num problema que pode repercutir em todo o processo posterior de vida do jovem. Para entender a importância dos fatores de proteção e de risco na cotidianidade do adolescente, torna-se necessário inseri-lo no contexto familiar e sócio-cultural, tema do primeiro capítulo, onde também apresentamos o ponto de vista do Serviço Social e as Políticas Sociais voltadas para a família. No segundo capítulo fazemos um breve histórico sobre a Adolescência e a sua relação com os pais e o uso de drogas. A seguir, apresentamos um breve histórico sobre as drogas, e as Políticas Públicas pertinentes; pontuamos os principais Fatores de Risco e de Proteção ao uso de drogas na Adolescência. À Inserção do Serviço Social no Programa do Adolescente, reservamos o terceiro capítulo. No quarto capítulo apresentamos a caracterização da Pesquisa, desenvolvida na Instituição, e as considerações finais.

Palavras chaves: Adolescência, uso/abuso de drogas, fatores protetores e de risco.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO 1 - O CONTEXTO FAMILIAR.....	10
1.1 A Família do ponto de vista do Serviço Social.....	13
1.2 Política Social voltada para à Família.....	19
 CAPÍTULO 2 - BREVE HISTÓRICO SOBRE A ADOLESCÊNCIA.....	 23
2.1 Adolescência e a relação com os Pais.....	25
2.2 Adolescência e o uso de Drogas.....	27
2.3 Drogas: um breve histórico.....	31
2.3.1 As drogas e as Políticas Públicas.....	36
2.4. Fatores de Risco e de Proteção ao uso de drogas na Adolescência.....	42
 CAPÍTULO 3 - A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DO ADOLESCENTE.....	 49
3.1 Uma Breve Contextualização.....	49
 CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA.....	 55
4.1 Caracterização da Pesquisa.....	55
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 64
 REFERÊNCIAS.....	 66

INTRODUÇÃO

Atualmente, o tema 'drogas' é um dos mais presentes nos meios de comunicação, haja vista, a importância que esta tem sobre a vida das pessoas que fazem uso indevido ou dependente dela.

Em meio à grande variedade de bens de consumo ofertados pela sociedade contemporânea, a droga destaca-se como objeto usual na tentativa do indivíduo de preencher alguma necessidade.

Consumir drogas corresponde a uma prática humana milenar e universal. (BUCHER,1992,p.27). Seu consumo indevido provoca incidências diversas sobre as relações sociais, afetivas, psíquicas, em suma sobre a vida da pessoa.

No tocante às crianças, aos adolescentes e os jovens, têm direito de saber a verdade sobre as drogas, sem mentiras, sem demagogias e sem terror.

Uma das preocupações da família na educação de seus filhos é com a possibilidade de que eles se envolvam com problemas decorrentes do uso de drogas.

A Organização Mundial de Saúde classifica o uso abusivo de drogas como doença social epidêmica. A OMS refere-se às drogas como qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afete sua estrutura ou função.

Segundo Cruz (apud ANTUNES,2004, p.09), nas duas últimas décadas, houve aumento significativo do consumo e do tráfico de drogas no Brasil e, conseqüentemente do seu público-alvo. São gastos o equivalente a 28 milhões de dólares por ano, com as conseqüências do uso de drogas psicoativas, cujo público-alvo de drogas injetáveis correspondem a 25% dos casos de AIDS no Brasil.

As conseqüências sociais e econômicas que envolvem o abuso de drogas vêm crescendo de forma alarmante.

O uso de substâncias psicoativas afeta, diretamente, a cognição, capacidade de julgamento, humor e as relações interpessoais. O prejuízo na capacidade de processar novas informações, juntamente com as alterações na capacidade de concentração e retenção, podem prejudicar o desempenho escolar e o desenvolvimento de várias habilidades de muitos adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas.

A adolescência é a passagem da infância para vida adulta e um período crítico na formação da identidade e desenvolvimento da personalidade. O uso regular e a eventual dependência de álcool e outras drogas nesta fase pode resultar em inconsistências ou deficiências na personalidade e na vida do adolescente. (SCIVOLETTO e GIUSTI, 2004).

A Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 81, I, II e III, preconiza que “é proibida a venda de bebidas alcoólicas e de produtos cujos componentes possam causar dependência física e psíquica, ainda que por utilização indevida, à criança e ao adolescente”. Na prática, não se observa a efetivação dessa lei.

O artigo 243 do referido Estatuto, tipifica como criminosa a conduta de quem vende, fornece, ministra ou entrega, de qualquer forma, à criança ou ao adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física e psíquica.

Observa-se, contudo, embora haja a proibição legal, cigarros e bebidas alcoólicas são vendidas a crianças e adolescentes, em bares, lanchonetes, mercados, clubes sociais, contribuindo para o uso indiscriminado dessas drogas entre os adolescentes.

O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe que crianças e adolescentes são indivíduos em desenvolvimento que necessitam de atenção especial e garantias de defesa. Dispõe, também, sobre a proteção integral, a existência de políticas básicas e as medidas de proteção, no caso de ação ou omissão do Estado, da sociedade ou dos pais ou dos responsáveis. O Estatuto determina que todos são responsáveis pelas crianças e adolescentes: família, comunidade, sociedade e Estado.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é parte integrante do estudo realizado durante o curso de Serviço Social, sobre a questão das drogas, e sobre as experiências adquiridas no Estágio Curricular Obrigatório, realizado na Diretoria de Atendimento Médico – DAME, especificamente no Centro de Referência em Saúde do Adolescente, situado na rua Esteves Júnior, 390, Bloco M, onde desenvolvemos o Projeto “Adolescência e o Uso de Substâncias Psicoativas: Fatores de Risco e de Proteção”. Neste projeto está incluída uma pesquisa realizada em 100 prontuários dos adolescentes atendidos pelo programa, no primeiro semestre de 2004.

Os três primeiros capítulos referem-se à fundamentação teórica da pesquisa.

O primeiro capítulo refere-se à dinâmica familiar, e o seu papel no contexto social. Abordamos, também a família do ponto de vista do Serviço Social e as políticas sociais concernentes.

No segundo capítulo fazemos um breve histórico sobre a adolescência, e abordamos a relação dos adolescentes com os pais e com as drogas. Discorremos sobre o contexto histórico das drogas, tipos e classificação das mesmas, assim como as políticas públicas para esse segmento. Enfocamos, principalmente, os fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência.

Abordamos, no terceiro capítulo, a inserção do Serviço Social no Programa do Adolescente, onde realizamos a pesquisa que compõe o quarto capítulo. Esta pesquisa busca identificar se os fatores de risco e de proteção, podem contribuir para o consumo de drogas pelos adolescentes. Este capítulo inclui a caracterização da pesquisa, análise dos dados, e os resultados. Finalizamos este trabalho com as considerações finais, sugestões e a apresentação das referências.

CAPÍTULO I

O CONTEXTO FAMILIAR

A escolha do tema ‘família para introduzir o capítulo inicial deste trabalho consiste na importância do papel da família como protetora ou promotora de riscos para o uso abusivo de drogas por seus adolescentes. Sua presença também é vital para o tratamento e recuperação do dependente químico.

A família “é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos. Independente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresente, ela se constitui um canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais”. (CARVALHO,2000, p. 93).

A análise iconográfica realizada por Ariès (1981), afirma que “o sentimento de família era desconhecido da Idade Média e nasceu nos séculos XV-XVI, para se exprimir com vigor definitivo no século XVII”. Para o autor, o sentimento de família é inseparável do sentimento de infância e do sentimento de adolescência, sendo estes sentimentos a expressão particular desse sentimento mais geral, o sentimento de família. Conforme o autor, o sentimento era novo, mas não a família. (p.143).

Uma das dificuldades de se analisar a família consiste na extraordinária rapidez da mudança nas relações internas nas últimas décadas. De acordo com Sarti (1997), “tais mudanças referem-se a um projeto emancipador que institui novos padrões de comportamento, que se processam devido às mudanças que ocorrem na realidade exterior à família”, e que afetam a esfera da vida social, transformando-a fatalmente. Acrescenta ainda que, a exposição do sujeito à possíveis transformações dos panoramas social, político, cultural, econômico e biológico alteram os códigos e valores utilizados na interpretação da realidade. Conforme a autora, “a família vai ser a concretização de uma forma de viver os fatos básicos da vida”. (p.39).

A família pode assumir diversas configurações em sociedades e grupos distintos, por isso situá-la historicamente faz-se importante para compreendermos como se estabelecem e se desenvolvem as relações entre seus membros no seu interior. A literatura antropológica aponta para a variabilidade das estruturas familiares, o que sugere ser a

família uma instituição que foi construída socialmente, com caráter de mutabilidade. A antropologia contribuiu para a desnaturalização e desuniversalização da família, no sentido de retirar dela o aspecto biológico para centralizá-la no sistema de parentesco como um todo. Nesse sentido, Lévi-Strauss (apud MIOTO,1997) refere-se aos laços de parentesco como um fato social e não natural. Desta forma as famílias se constituem a partir de alianças entre os grupos, possibilitada pelo princípio de troca e reciprocidade que, segundo o autor é constitutivo das relações familiares. Portanto, não considera viável a análise da família através da unidade biológica, pois esta para se formar necessita de dois grupos que se casam fora de seu próprio grupo.

Afirma Mioto (1997,p.116),“o modelo de família que ainda vigora (monogâmica, patrilinear) calcada no princípio natural da filiação e no fato cultural de transmissão hereditária de bens a filhos certos e legítimos foi uma descoberta muito posterior”. Esse modelo estava relacionado à descoberta da relação entre o ato sexual e a filiação.

Conforme Ariès, (apud MIOTO,1997,p.116), a sociedade européia mostra claramente as diferenças na organização familiar ao longo da história. O modelo de família nuclear que parece natural, só consolidou-se no século XVIII. “Nessa época se desenvolveu a idéia de privacidade – pois até então não havia a separação entre o público e o privado, o sentimento de casa, e assim o sentimento familiar estendeu-se praticamente a toda sociedade, persistindo até nossos dias”.

A família passou por várias fases no decorrer dos séculos e os papéis desempenhados por seus membros sofreram modificações na dinâmica familiar. Pôster (apud REIS, 2000, p.105-113), em seus estudos sobre a família, aponta dados que explicam de forma objetiva essas modificações. O referido autor apresenta quatro modelos de famílias que caracterizam estas modificações: a família aristocrática, a família camponesa, a família proletária e a família burguesa.

Nas famílias aristocráticas atribuía-se pouco valor à privacidade, domesticidade, cuidados maternos. O sentimento ligado às transgressões era a vergonha e não a culpa. O lazer era cultivado e o trabalho desvalorizado. A criação dos filhos não era atribuição das mães. Os bebês eram amamentados por amas-de-leite e entregues aos cuidados de criados. O autor coloca que “embora diferindo da organização da família da aristocracia, a família

camponesa apresentava mais traços em comum com esta do que com a família burguesa”.(p.107)

Dessa forma, segundo o autor, a família camponesa, não constituía-se no espaço privado ou privilegiado e os laços emocionais se estendiam para fora dela. As crianças aprendiam a depender principalmente da comunidade e não dos pais; desde pequenos participavam de toda rotina da vida da aldeia. A semelhança com as crianças aristocráticas refere-se à estruturação psíquica ser orientada para a vergonha e não para culpa. A criação dos filhos ficava ao encargo da mãe de forma integrada às relações comunitárias.

Conforme Reis (2001, p.108), a família proletária vista por Pôster é dividida em três fases que vão da sua constituição até a adoção do modelo familiar burguês. Sua constituição deu-se no período inicial da industrialização (início do século XIX) “sob condições de extrema penúria social e econômica. Em geral todos os membros da família trabalhavam, em jornadas que variavam de 14 a 17 horas”. Para resistir à opressão imposta pelo capitalismo, neste contexto, procurou-se manter os antigos laços comunitários, caracterizada por formas comunitárias de dependência e apoio mútuo. “Os filhos eram criados de maneira informal, sem que fossem objeto de especial atenção e fiscalização por parte dos pais, que não tinham tempo para se dedicar aos filhos”.

O segundo estágio da família proletária corresponde à segunda metade do século XIX, essa fase é marcada por uma aproximação dos padrões burgueses de diferenciação de papéis sexuais em que a mulher passou a ficar mais tempo em casa com seus filhos. “Os homens estabeleceram a fábrica e o bar como pólos de gravitação de sua vida social, enquanto as mulheres passaram a desenvolver uma rede social feminina que integrava mães, filhas e outras parentas”.

O terceiro estágio ocorreu já no século XX, com a mudança da família operária para os subúrbios; a partir daí romperam-se os vínculos com a comunidade. A mulher, afastada das redes femininas típicas da fase anterior, ficou isolada no lar e o homem passou a valorizar a domesticidade e a privacidade. Concomitante, a prioridade da família passou a ser a educação e o futuro dos filhos. Ainda, segundo Reis, essas transformações foram acompanhadas de um reforço da autoridade paterna e do conservadorismo e, a família proletária já não se distinguiu mais da família burguesa no tocante aos padrões emocionais que caracterizavam as suas relações internas.

Para o autor, a família burguesa, nascida na Europa em meados do século XVIII, rompeu com os modelos familiares vigentes e criou novos padrões de relações familiares. Esses novos padrões já estavam visivelmente estabelecidos no início do século XIX, e correspondiam às necessidades da nova classe dominante. “Eles se caracterizavam antes de tudo pelo fechamento da família em si mesma”. Esse isolamento determinou uma clara separação entre a residência e o local de trabalho e, por conseguinte, a separação entre a vida pública e a privada. Dessa forma, “o lar passou a ser o espaço exclusivo da vida emocional, no qual a mulher passaria sua vida em reclusão. Outras separações se fizeram, a mais notável foi a rigorosa divisão de papéis sexuais”(p.109). O marido passou a ser o provedor material do lar e a autoridade dominante. A educação dos filhos passou a absorver todo o tempo da mulher como também ficou ao seu encargo toda a organização da casa. A mulher passou a ser considerada menos capaz e mais emotiva que o homem e, tornou-se totalmente dependente do marido.

1.1 A Família do ponto de vista do Serviço Social

É importante considerar que o grupo familiar deve ser visualizado sob uma perspectiva social e histórica. Portanto, é fundamental também considerar que não há um único padrão de família, mas sim uma diversidade de arranjos familiares existentes na atualidade. Isto permite, segundo Mioto (1997, p. 120), conceituar a família “como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos”, tendo como função primordial o cuidado e a proteção de seus membros.

A família, locus da estruturação psíquica, organiza a vida emocional de seus membros de tal forma que a ideologia dominante é transformada em uma visão de mundo, em um código de condutas e valores que será adotado pelos seus integrantes posteriormente. A família constitui-se também no espaço social onde as gerações se defrontam e os sexos definem suas diferenças e relações de poder.

Afirma Figueiredo (2000, p.24), [...] “ devido a maioria das pessoas viverem em família, contribui para a falsa impressão de que haja uma única forma de ver a família. Inegavelmente, a família é influenciada por valores morais, religiosos, ideológicos, sociais”.

Desta forma, pode-se dizer que a família deve ser vista sem considerar um modelo dominante, pois qualquer estrutura que se afaste deste padrão pode ser considerado erroneamente de desestruturado ou incompleto. O foco não deve estar na estrutura, mas na qualidade das inter-relações entre seus membros.

Segundo Miotto (1997, p.117) [...] “a dinâmica relacional estabelecida em cada família não é dada, mas é construída a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo”.

Para compreender os diferentes arranjos familiares, estabeleceu-se a seguinte classificação (anotações efetuadas na disciplina Serviço Social, Famílias e Segmentos Vulneráveis, oferecida pelo Departamento de Serviço Social – DSS 5137) :

- *Família nuclear burguesa*: é formada pelo casal e pelos filhos (as). Este é o padrão familiar ocidental, e teve seu surgimento a partir da Revolução Industrial.
- *Família extensa*: abrange o casal, filhos (as) e demais familiares. É representada pela família patriarcal do século XVIII.
- *Família monoparental*: é um arranjo familiar formado por um progenitor e filhos (as).
Divide-se em:
 - Família matrifocal: a mãe é a progenitora.
 - Família patrifocal: o pai é o progenitor.
- *Família recomposta*: caracteriza-se pela união de indivíduos que já são separados judicialmente, através do recasamento.

A família nuclear burguesa, apesar de ter sofrido mudanças significativas, ainda é o arranjo familiar predominante. Segundo Reis (2001), são as classes médias que apresentam com maior ênfase os padrões familiares burgueses, e simultaneamente, exprimem mais claramente os conflitos instalados em seu interior, geralmente desencadeados pelas gerações mais novas. Neste sentido, “elas demonstram de forma mais evidente a força da ideologia veiculada pela família, pois as novas realidades são vividas como experiências

bastante conflitivas e angustiantes ao se oporem à necessidade de adotar novas condutas aos valores inculcados pela família [...]”. O binômio amor-autoridade, a culpa, a rígida divisão de papéis sexuais e a repressão sexual são características que se mantêm nesta modalidade familiar, salienta o autor.

Com relação à família brasileira, mais especificamente, Miotto (1997, p. 118) afirma que a mesma apresenta, na atualidade, “mudanças significativas em todos os segmentos da população, mudanças essas decorrentes do processo de modernização da sociedade na segunda metade do século XX”. Estas mudanças, segundo Goldani (apud MIOTTO, 1997) estabeleceu uma configuração da família brasileira contemporânea, em que se observa:

- Redução do número de filhos por família e uma queda acentuada na taxa de fecundidade das mulheres brasileiras;
- Concentração da vida reprodutiva das mulheres nas idades mais jovens, o que significa que as mulheres passam menos tempo de sua vida em função da reprodução e mais voltadas para o mundo do trabalho;
- Aumento da gravidez na adolescência;
- Aumento da co-habitação e da união consensual. Há, ao mesmo tempo, o avanço da união legal e um retrocesso no número de uniões religiosas;
- Predomínio das famílias nucleares. Apesar desta modalidade de arranjo familiar ter sofrido queda, as famílias nucleares ainda predominam no Brasil;
- Aumento significativo das famílias monoparentais, com predominância das mulheres chefes de família;
- Aumento das famílias recompostas, o que é consequência do aumento da taxa de separações e divórcios;
- População proporcionalmente mais velha, em decorrência do aumento da expectativa de vida média da população;
- Aumento das pessoas que vivem sós.

Conforme Miotto (1997), estas transformações são motivadas por uma série de variáveis, dentre as quais se destaca a transformação e liberalização dos hábitos e costumes, sobretudo em relação à sexualidade e ao papel da mulher; o desenvolvimento técnico-científico, que trouxe o anticoncepcional e os meios de comunicação de massa; e o modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo governo brasileiro, que repercutiu no

empobrecimento acelerado das famílias na década de 1980, migração exagerada do campo para a cidade e aumento significativo do trabalho feminino e infantil.

As famílias passaram a enfrentar com maior frequência dificuldades quanto ao cumprimento de suas tarefas básicas, tais como a proteção e cuidado de seus membros e a socialização primária das crianças; embate entre o projeto pessoal dos pais e o projeto familiar de cuidado com o outro; e a convivência com um modelo familiar baseado no passado contrastando com os arranjos familiares atuais. Desta forma, as famílias necessitam desenvolver estratégias complexas de relações para sobreviverem, em meio às “exigências que lhe são impostas pela sociedade, pelos sujeitos que a compõem e pelos eventos da vida cotidiana”. (MIOTO, 2000, p. 219).

Pode-se afirmar, portanto, baseado nas afirmações de Miotto, a família em seu processo de construção, pode se constituir num espaço de felicidade ou de infelicidade, tanto num espaço de desenvolvimento para si e para seus membros, como num espaço de limitações e sofrimentos.

Figueiredo (2000, p.24) afirma [...] as “famílias podem ao mesmo tempo ser refúgio e segurança para crianças e adolescentes e um lugar que os coloca em risco pessoal e psicosocial”. Mas, também é o espaço em que a criança e o adolescente aprendem a reconhecerem-se como pessoas, como pertencentes a um grupo através das relações ali estabelecidas.

Ramos (1990, p.11) cita “a família, desde a sua formação inicial, atravessa distintas etapas. Estas etapas não têm um tempo definido, nem um desenvolvimento linear estrito. Cada família vive-as de uma determinada maneira em função de suas peculiaridades e de seus conflitos”.

A teoria sistêmica constitui-se um valioso recurso utilizado pelo Serviço Social para a análise dos diversos arranjos familiares. Esta teoria engloba conceitos particulares, tais como estrutura familiar, subsistemas, fronteiras, estágios do ciclo de vida, entre outros. A partir destes conceitos, é possível compreender a família enquanto um sistema, em que seus membros são ao mesmo tempo partes individuais e uma totalidade.

Uma conceituação de família, dentro do modelo sistêmico, proposta por Nobre (apud PUEL, 1991,p.15), afirma ser a família:

um sistema aberto, em permanente interação com seu meio ambiente interno e/ou externo, organizado de maneira estável, não rígida, em função das suas necessidades básicas e de um 'modus' peculiar, e compartilhado de ler e de ordenar a realidade, construindo uma história e tecendo um conjunto de códigos (normas de convivência, regras ou acordos relacionais, crenças ou mitos familiares) que lhe dão singularidade.

Para melhor compreensão desta teoria, apresentaremos os principais conceitos citados por Puel (1991, p.15):

- TOTALIDADE

Este sistema não implica na somatividade das partes, e sim na organização interdependente, inseparável, um todo coeso, cuja mudança processada numa das partes provocará mudanças nas demais e, conseqüentemente, no sistema total. Dessa forma, na família, o comportamento de um membro está relacionado com o comportamento de todos os outros. Qualquer acontecimento é parte integrante das relações recíprocas entre os membros da família, que operam como um sistema total.

- HOMEOSTASE

A estabilidade do sistema familiar é regulada por este mecanismo, em estado relativamente constante, porém não implicando em imobilidade.

Em frente a um acontecimento, em relação à família, a homeostase é mantida pelo sistema que se encarrega de impedir mudanças, mantendo o equilíbrio. Dessa forma, fica garantida a constância e a imutabilidade das normas rígidas do sistema. Isto significa que, se um dos familiares manifestar uma tentativa de mudança, tenta romper essas regras ou procura tratamento, a família aciona mecanismos para impedir a transformação.

- ORGANIZAÇÃO

A organização refere-se à estrutura do sistema que é dotada de leis que determinam o funcionamento, o auto-reconhecimento e a regulação do sistema. Tais leis referem-se às

normas de convivência – como as crenças ou os mitos familiares, e as regras. Estas regras ou acordos darão uma relativa estabilidade ao sistema, pois são elas que limitam as condutas dos membros do sistema.

- FRONTEIRAS

São limites que separam um sistema de outros sistemas e subsistemas. Ao tratar da família dentro do modelo sistêmico, Minuchin (1992), afirma que a função da fronteira é delimitar os vários subsistemas existentes no grupo familiar e proteger a diferenciação destes. Para o funcionamento adequado da família, as fronteiras dos subsistemas devem ser nítidas. O autor classifica as famílias em ‘emaranhadas e desligadas’.

A família emaranhada é caracterizada por suas fronteiras difusas, fracas e de fácil passagem. Esse tipo de família apresenta grande proximidade entre seus membros e intensa interação, não havendo diferenciação dos subsistemas, resultando num funcionamento inadequado das tarefas que são desenvolvidas por seus membros.

A família desligada é caracterizada por fronteiras inadequadamente rígidas. Não há conexões fortes entre seus membros, que se relacionam o mínimo entre si. Nesse tipo de família há ausência de sentimentos de lealdade e de pertencimento, ausência de interdependência e dificuldades em solicitar a ajuda dos membros da família..

Minuchin (1992, p. 56) analisa que para o entendimento de um esquema pautado na compreensão da família enquanto um sistema operativo dentro de contextos sociais, faz-se necessário considerar três componentes:

Primeiro, a estrutura da família é a de um sistema sócio-cultural aberto em transformação; segundo, a família passa por um desenvolvimento, atravessando certo número de estágios que requerem reestruturação; e terceiro, a família se adapta a circunstâncias modificadas de maneira a manter a continuidade e a intensificar o crescimento psicossocial de cada membro.

Carter e McGoldrick (1995) enfatizam que a família compreende o sistema emocional de três a quatro gerações. Assim, a influência da família não se restringe aos membros de uma determinada estrutura doméstica ou a um certo ramo familiar nuclear do

sistema, mas sim, abrange os relacionamentos passados, presentes e antecipa as relações futuras, no interior de um sistema familiar maior de três gerações. As autoras discorrem também que embora as famílias tenham papéis e funções, o seu maior valor são os relacionamentos, os quais são insubstituíveis.

Para Pichon-Rivière (apud PUEL, 1991, p.32), “num grupo familiar sadio, verdadeiramente operativo, cada membro conhece e desenvolve seu papel específico, de acordo com as leis da complementaridade”. Segundo o autor, grupo operativo é aquele que possui uma rede de comunicação e que se desenvolve eficazmente em sua tarefa. Cada membro tem um papel específico, porém com certa flexibilização que permite assumir outros papéis funcionais.

As famílias funcionais, para Minuchin (1992), são aquelas que se manifestam com clareza, as diferenças individuais são respeitadas e entendidas como oportunidade de aprendizado e de crescimento. As famílias disfuncionais eliminam sua própria opinião ou a do outro. Em geral, os membros têm baixo nível de autonomia, baixa auto-estima e não assumem responsabilidade por seus atos e sentimentos.

O autor afirma que os serviços sociais tendem a ser organizados em torno dos indivíduos. Todo o caso se concentra no usuário que foi encaminhado para uma instituição em busca de ajuda para um problema específico. Uma equipe de serviço social que consegue enxergar a família como um recurso é, segundo o autor, “um passo gigantesco para a frente, mas a equipe pode não conseguir trabalhar de forma produtiva, por não pensar de maneira sistêmica”. (35).

1.2 Políticas Sociais Voltadas para a Família

No âmbito do Serviço Social deparamo-nos com uma série de discussões referentes às políticas sociais direcionadas às famílias brasileiras. O próprio Código de Ética da profissão, em seu artigo 8º, prevê como dever do (a) Assistente Social o empenho na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais, corroborando com o enunciado acima.

Carvalho (2000) ao resgatar algumas características da política social brasileira, afirma que por um lado, a política social brasileira é marcadamente elitista, privilegiando os segmentos abastados da população. Por outro lado, ela possui um viés assistencialista e tutelar, principalmente quando se direciona aos segmentos empobrecidos da população. A união entre o autoritarismo, tutela e a subalternidade resultou na incapacidade das ações produzidas pela política social promoverem mudanças junto à população em situação de pobreza e exclusão social. Segundo o autor, a política social brasileira tem como características a centralização, setorização e institucionalização, sendo que o indivíduo foi eleito como portador de direitos e o elemento central. Ou seja, a proteção que deve ser exercida pelo Estado passou a priorizar o indivíduo como portador de direitos em detrimento de coletivos sociais, tais como a família ou a comunidade.

Pode-se afirmar que existe uma cultura assistencialista no âmbito das políticas e dos serviços destinados às famílias. “As ações públicas estão concentradas sobre famílias que faliram no provimento de condições de sobrevivência, de suporte afetivo e de socialização de suas crianças e adolescentes. A falência é entendida como resultado da incapacidade das próprias famílias” (MIOTO, 2000, p. 219).

Carvalho (2000, p. 104) afirma que os serviços comunitários de apoio psicossocial às famílias “são hoje escassos e trabalham sem diretrizes, processos e recursos necessários à garantia de efetividade e eficácia nos resultados”. Soma-se a isso o fato de que “com a ausência de trocas culturais e sem acesso a serviços de educação, lazer e cultura, as famílias possuem poucas ferramentas para romper com a sua identidade de excluídos” (CARVALHO, 2000, p. 99). Deste modo, aponta-se que é subjacente à fragmentação e desarticulação da rede de serviços sociais a própria fragmentação e desarticulação das políticas sociais, o que colabora significativamente para a vulnerabilização das famílias brasileiras.

Analisa-se assim que os serviços públicos e as políticas governamentais, na maioria das vezes, marcam apenas uma presença pontual e compensatória e não de promoção da população que a usufrui. Para Mioto (2000, p. 221), “o cuidado direcionado a famílias e segmentos sociais vulneráveis deve implicar totalidade. Os problemas e as soluções não podem ser vistos de forma isolada, nem contidas dentro de um único espaço (família, instituições) ou de uma área específica (saúde, educação)”.

Para superar estas barreiras, faz-se necessário que as políticas sociais sejam elaboradas e implementadas de forma integrada, estendendo-se este aspecto à rede de serviços sociais. Em consonância, a família deve ser visualizada como ente central da organização e desenvolvimento das políticas e serviços sociais. Além disso, os membros da família devem ser observados de acordo com o contexto e dinâmica familiar, e não apenas como usuários-problema.

Carvalho (2000, p. 103) sugere que “a priorização da família na agenda da política social envolve necessariamente programas de geração de emprego e renda; rede de serviços comunitários de apoio psicossocial e cultural; e complementação da renda familiar”. Desta forma, o Estado deve comprometer-se a garantir condições de estabelecimento de um padrão de qualidade de vida às famílias brasileiras por meio de uma rede integrada de políticas sociais e serviços comunitários. O fortalecimento dos laços comunitários também é um fator adicional à melhoria das condições de sobrevivência das famílias, sobretudo se for considerada a conjuntura atual, na qual, por exemplo, o homem e a mulher precisam trabalhar e muitas vezes não têm onde deixar seus filhos.

A Constituição de 1988, em seus artigos 196 e 197, apresenta a Saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. A Saúde, que compõe o tripé da Seguridade Social, foi operacionalizada através das Leis Orgânicas da Saúde - Leis 8080/90 e 8142/90. A Lei 8080/90 trata das condições para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde e a Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade e das formas de financiamento das ações e serviços de saúde.

Neste processo, o conceito de saúde foi ampliado, considerando-se fatores bio-psico-sociais. No artigo 3º da lei 8080/90, verifica-se que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

O SUS é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios), com participação da sociedade civil. O SUS é um sistema porque é composto por um conjunto de unidades, serviços e ações voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde prestados por órgãos e instituições públicas e privadas contratadas e

conveniadas. Além disso, o SUS é único porque segue os mesmos princípios e diretrizes em todo o território nacional (SES, 2002).

A Assistência Social, política social de caráter não contributivo, compõe um dos tripés da Seguridade Social. Esta política social provê os mínimos sociais e realiza-se através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, com vistas à garantia do atendimento às necessidades básicas dos cidadãos. A Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, lei nº 8742/93, regulamenta os artigos 203 e 204 da Constituição Federal, e dispõe sobre a organização da Assistência Social. Seus objetivos são: proteger a família, a maternidade, a infância e adolescência e a velhice; amparar a criança e adolescentes carentes; promover a integração ao mercado de trabalho, habilitar e reabilitar portadores de necessidades especiais e promover sua integração à vida comunitária; garantir um salário mínimo de benefício mensal ao portador de necessidades especiais e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família. (LOAS, art. 2º).

CAPÍTULO 2

BREVE HISTÓRICO SOBRE A ADOLESCÊNCIA

Ariès (1981), em sua obra clássica “História Social da Criança e da Família”, afirma que o sentimento de infância e de adolescência é um fenômeno histórico. Esse sentimento foi uma construção dos homens e passa a existir com a criação de um mundo diferenciado para crianças e adultos. É importante ressaltar, conforme o autor, que sentimento de infância/adolescência não se confunde com amor maior ou menor dos pais em relação aos seus filhos. Enquanto o primeiro refere-se a tomada de consciência da particularidade infanto-juvenil que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem, surgido dentro de um contexto histórico bastante específico, o segundo, provavelmente sempre teria existido.

Por certo, a partir da concepção da infância e da adolescência – com suas peculiaridades e especificidades – se possibilitaria a instituição, no futuro, de um direito voltado para as crianças e aos adolescentes.

Atualmente se fala muito em adolescência, em crise adolescente. As tentativas de lançar luz sobre o fenômeno trazem consigo uma infinidade de questões, atuais e complexas, que envolvem, sobretudo, os jovens em nossa sociedade. É comum relacionarmos adolescentes com drogas, sexo, educação, problemas de imposição de limites, violência, entre outros.

Existe, na literatura especializada, uma vasta bibliografia que busca definir o fenômeno da adolescência. Etimologicamente, adolescência provém do verbo ‘adolescere’, que significa brotar, fazer-se grande. Em geral, acredita-se que o fenômeno da adolescência é um processo de mudança que marca a passagem da infância para a fase adulta.

Com efeito, mesmo em termos de idade, não existe um consenso determinando o período exato de duração da adolescência. Mesmo assim, vários autores preferem concordar com a idéia de que a fase adolescente inicia depois da infância, por volta dos 12 anos e termina por volta dos 18 anos. Em termos de lei, o Estatuto da Criança e do Adolescente, localiza a faixa etária de 12 a 18 anos. O Ministério da Saúde adota a faixa de 10 a 19 anos.

Na verdade, a adolescência deve ser pensada em três condições: enquanto desenvolvimento biológico, aspectos psicológico, social e cultural. No desenvolver da adolescência, o indivíduo é particularmente vulnerável não só aos efeitos decorrentes das transformações biológicas ocorridas em seu corpo, mas também, das mudanças sem precedentes, provocadas na sociedade moderna, como por exemplo, envolvimento com o mundo das drogas. Além dos fatores biológicos, a adolescência é influenciada pelo ambiente familiar, social, econômico, cultural onde o indivíduo se desenvolve.

Para Lepre (2002), a grande maioria das questões ligadas à adolescência está diretamente relacionada ao funcionamento da sociedade em que esse adolescente encontra-se inserido.

O adolescente em seu processo de desenvolvimento passa por desequilíbrios e instabilidades necessárias para o estabelecimento de uma nova identidade. Ele é um ser em constantes conflitos consigo mesmo e com os que o cerca. A ambigüidade de não ser mais criança, nem ser ainda adulto, desencadeia uma série de conflitos.

Para Lepre (2002), o período da adolescência é marcado por diversos fatores, mas sem dúvida, o mais importante é a tomada de consciência de um novo espaço no mundo, a entrada em uma nova realidade que produz confusão de conceitos e perda de certas referências. “O encontro dos iguais no mundo dos diferentes é o que caracteriza a formação dos grupos de adolescentes, que se tornarão lugar de livre expressão e de reestruturação da personalidade e, ainda que essa fique por algum tempo sendo coletiva”.

Os jovens de nossa sociedade, percebem e sentem como ninguém, as crises da qual (os adultos, também) vivem; sejam elas de valores, educacional, ética, moral, econômica, política, etc. Outrossim, dentre outras, percebem e vivenciam a violência cotidiana, muitas vezes banalizada, o individualismo e consumismo exacerbado, a problemática das drogas, o stress de cada dia e o desemprego.

Geralmente nas sociedades primitivas, a passagem do mundo infantil para o adulto é marcada por algum ritual, tarefa, que confere o grau de mudança, evidenciando que os grupos etários têm funções e lugares bem definidos no sistema social.

Nas sociedades modernas esse processo torna-se mais complexo, pois não existem ritos de passagem bem demarcados ou tarefas específicas para sinalizar o momento de passagem, existindo uma descontinuidade entre o mundo infantil e adulto, implicando um

tempo longo de preparação para a idade adulta. A transição é menos ritualizada e os papéis sociais menos definidos. Essa etapa também é vista como um período de preparação para a idade adulta, período vivido com certa indefinição e que é confuso e confiado à família e a escola, instituições que têm a função de transmitir os conhecimentos e os valores para o desempenho da vida futura. Portanto, ao tratarmos da adolescência, não podemos fazê-lo de forma indiferenciada seja por cultura, classe, raça ou gênero, como já mencionamos.

Em nosso trabalho abordaremos a adolescência a partir das relações com as drogas, os fatores de risco e de proteção.

2.1 Adolescentes e a relação com os Pais

Les Parrott (2003, p. 308), ao comentar sobre os conflitos existentes entre pais e filhos faz oportuna citação do escritor Mark Twain: “Quando eu tinha sete anos, meu pai sabia tudo. Quando eu tinha quatorze, meu pai não sabia nada. Mas, quando completei vinte e um, fiquei impressionado ao ver quanto meu velho havia aprendido em apenas sete anos”.

Embora os adolescentes normalmente consigam superar os conflitos com mãe e pai, isso não serve de consolo nem para eles nem para os pais. Segundo o autor, o problema é inevitável. A tensão entre os adolescentes e os pais existe, apesar de todo amor que sentem ambas as partes. “A autonomia que se conquista na adolescência gera, quase que necessariamente, um período difícil para pais e filhos. Os pais precisam sentir-se necessários. Os adolescentes necessitam prescindir deles”. (p. 308).

Embora a adolescência não seja uma fase tumultuosa para a maioria das famílias, “pesquisas revelam que mais de 20% dos adolescentes se envolvem excessivamente com discussões com um de seus pais (mais freqüentemente com as mães do que com os pais)”. O conflito entre adolescentes e pais é diferente do conflito que têm com seus colegas. Com os pais o conflito é tanto sobre conteúdo, como acerca do horário de chegar em casa, quanto sobre o processo de tomar as decisões. Em outras palavras, as regras e a maneira que são ditadas podem tornar-se motivo de controvérsia. O processo, freqüentemente se relaciona à

falta de liberdade que o jovem sente. Segundo Les Parrott (2003), o conteúdo das brigas entre pais e adolescente concentra-se reiteradamente numa das áreas a seguir:

- Vida social e costumes: Isso cria provavelmente mais discórdia que qualquer outra coisa. É o conflito que vai da escolha de amigos até a escolha das roupas e do corte de cabelo por parte do adolescente. Refere-se, também à escolha de namorado (a), pouca presença em casa, horários, etc.

- Questões de responsabilidade: Os pais querem que seus filhos sejam responsáveis em assuntos relativos a dinheiro, uso do telefone e do carro, pelos seus objetos pessoais, etc.

- Desempenho escolar: Os pais preocupam-se com atitude referentes aos hábitos de estudo, com notas, frequência às aulas. Às vezes, a pressão para que o adolescente seja bem-sucedido, contribui para agravar o problema.

- Relações familiares: Brigas com irmãos, relacionamento com parentes e o grau de autonomia em relação à família contribuem para o conflito.

- Valores e princípios morais: Os pais se preocupam com os filhos, especialmente quanto ao comportamento sexual, à bebida, ao fumo, ao uso de drogas, à honestidade. Cuidam para os filhos não se meterem em confusão e freqüentem a igreja.

A idade do jovem também influi no conflito entre pais e adolescentes. Segundo o autor, as meninas começam a entrar cada vez mais cedo em conflito com os pais por causa de namorados a partir dos doze anos, sendo que a idade crítica é quatorze ou quinze anos. A idade crítica entre os meninos em relação às namoradas é dezesseis anos. O sexo dos adolescentes é outro fator desencadeante de conflito. As meninas causam mais problemas para a família que os meninos, afirma o autor.

Acentua Les Parrott (2003), a condição econômica é outro fator determinante. “As famílias de baixa renda estão mais preocupadas com a obediência e o respeito, enquanto as famílias de classe média estão mais preocupadas com notas e realização”. (p.310). O autor pontua, nenhuma lista de conflitos entre pais e adolescentes é completa. A instabilidade conjugal influencia no conflito direto com os pais. “Quando os pais não se dão bem, os filhos se sentem ameaçados, com medo e com raiva. O lar instável é uma causa importante da revolta dos adolescentes contra os pais”. (p. 311). A diferença entre gerações também contribui para o conflito.

A falta de comunicação entre pais e filhos na infância converte-se em hostilidade e revolta na adolescência. Segundo o autor, alguns conflitos acontecem porque o adolescente costuma discordar para ver como está sua relação com os pais. Conscientemente ou não, o adolescente fornece parte de uma informação com a intenção de irritá-los para constatar a reação deles. Com isso poderão ter a noção se podem ou não confiar neles. Se os pais tiverem uma reação negativa, perderão a confiança neles. “Para decifrar esse tipo de mensagem subliminar é preciso ser sensível e ter empatia com o jovem. Quanto mais autocontrole e calma os pais demonstrarem, mais aberto e participativo o adolescente será”. (p. 312).

Muita coisa que os pais aceitavam do filho quando ele era criança, agora, na adolescência, não aceitam mais. Na transição da infância para a adolescência, os filhos e os pais redefinem papéis e regras. A decisão do que é ou não aceitável quanto a comportamento pode causar tensão na relação entre pais e filhos. Às vezes, a tensão entre pais e filhos diminui simplesmente com uma orientação objetiva. Nesse sentido, os pais deverão ser alertados sobre os principais perigos da superproteção e do excesso de permissividade, de rigidez e de meticulosidade.

2.2 Adolescentes e o uso de drogas

A adolescência é uma fase de experiências. Nesta fase os jovens começam a comparar e questionar tudo aquilo que aprenderam com a família durante a infância, com os valores de outros como: amigos, escola, leituras, as mensagens da televisão e cinema entre outros. Para isso, os adolescentes são dotados de grande curiosidade e enorme desejo de explorar e sentir até onde vai sua força e seus limites. É um período de aprendizado e contestações importante para o seu desenvolvimento e amadurecimento.

No entanto, em meio a tudo isso, surgem as drogas e muitos adolescentes as experimentam para saber o que lhes acontece. Outras vezes, eles podem estar vivendo um momento difícil da vida, marcado por tristeza, angústia, medo. Isso é comum na adolescência, e muitos usam drogas para o alívio desses sintomas. Muitas vezes, o primeiro

consumo de drogas acontece para satisfazer amigos de grupos – uma das características mais marcantes da adolescência é a tendência grupal, a necessidade de identificação com o grupo. Portanto, o grupo social freqüentado pelo adolescente ao fazer pressão constitui-se num espaço de uso de drogas. O adolescente também recorre às drogas para impressionar namorado (a), para se sentir mais adulto.

Segundo Puel (2000 p.59), não é fácil dar uma resposta aos fatores motivacionais que levam uma pessoa a usar drogas. “A verdade é que somos uma sociedade de consumidores de produtos, e a maioria de nós estabelece relações complicadas com as drogas”. A autora enfatiza que para compreender a questão do uso indevido de drogas, é preciso conhecer as relações entre três elementos: a pessoa, a droga, e o contexto sócio-cultural:

A PESSOA: refere-se ao indivíduo, levando em consideração suas características, sua história e seu momento de vida. O contato inicial com a droga pode acontecer por mera curiosidade, quando o adolescente sente-se inclinado a conhecer os efeitos tão comentados que ela produz. Geralmente os adolescentes recebem, dos colegas, informações que idealizam muito as drogas e não há, em contrapartida, informações disponíveis a respeito dos prejuízos que podem advir de seu uso, o que as torna muito atraentes.

A DROGA: identifica uma substância psicoativa com características específicas quanto à forma de atuação e potencial de causar danos ao organismo. Fundamentalmente, as drogas induzem ações estimulantes ou depressoras no sistema nervoso central e podem modificar o que sentimos. Esse poder de transformação das emoções pode se tornar um grande atrativo, sobretudo para os jovens.

É importante esclarecer que o uso de drogas não leva necessariamente ao abuso ou à dependência. Pode-se dizer que parte da população que faz uso de álcool e de outras drogas, não se constitui em um problema médico ou social, independente dos motivos que as levam a consumirem drogas.

A autora ainda, identifica diferentes tipos de usuários:

- o experimentador: pessoa que experimenta a droga, geralmente por curiosidade, por pressão do grupo de amigos. Grande parte das pessoas que já usaram drogas, inclui-se nessa

categoria, como é o caso do adolescente que fumou maconha algumas vezes, por causa da facilidade de acesso ao produto, sem que essa experiência tenha-se transformado em uso contínuo. Os experimentadores não devem ser colocados na mesma categoria que os usuários regulares e os dependentes.

- o usuário ocasional: utiliza uma ou mais substâncias, quando disponíveis, em ambiente favorável e em situações específicas ou de lazer, sem apresentar rupturas nas suas relações sociais, afetivas ou profissionais.

- o usuário habitual: faz uso freqüente de drogas de modo controlado, mas podem ocorrer prejuízos nas relações sociais, familiares, profissionais e na vida em geral.

- O usuário dependente: faz uso freqüente e/ou abusivo de uma ou mais substâncias, com prejuízos da saúde física e mental. Apresenta ruptura dos vínculos afetivos, sociais, profissionais, na medida em que o consumo passa a assumir posição significativa e de destaque na vida do usuário.

Sobre dependência química, Esslinger e Kovács (2003, p.54) afirmam que ela se instala quando o indivíduo não consegue mais viver sem a droga. “A droga se oferece como ‘realização química’. É algo que certamente não é novo: em todos os tempos, a humanidade procurou em elementos químicos a possibilidade de aumentar sua força, inteligência, potência sexual, contatos sobrenaturais”.

A dependência de drogas pode ser definida como “uma síndrome em que o uso de determinada droga recebe prioridade sobre outros comportamentos que anteriormente tinham maior valor”. (PAULA, 2002, p.53). A dependência química é um padrão de uso geralmente intenso que envolve um descontrole sobre a quantidade ou a freqüência com que se consome álcool ou outras drogas, geralmente com um desejo forte (muitas vezes irresistível) de se utilizar a substância.

As drogas são facilmente adquiridas em nossa sociedade, e a maioria dos adolescentes experimenta em geral o álcool (a substância mais consumida), seguido pelo tabaco, maconha e os estimulantes. Esses últimos ganharam destaque nos anos oitenta, com o ressurgimento do consumo da cocaína e o aparecimento do crack, bem como na última década, com a popularização do ecstasy (MDMA). Os solventes são mais populares principalmente entre os adolescentes mais novos.

O consumo de drogas começa principalmente na adolescência. As pesquisas demonstram, segundo Les Parrott, que determinado tipo de adolescente é mais vulnerável ao consumo de drogas. É o indivíduo que normalmente tem baixa auto-estima, poucas expectativas de realização pessoal, é impulsivo, extremamente aventureiro e independente e quer fazer parte de um grupo social. O adolescente com pouca estrutura interna costuma ser mais vulnerável. As drogas, para ele, tornam mais suportáveis os sentimentos indesejáveis.

CONTEXTO SOCIOCULTURAL: refere-se às características sociais, culturais, históricas e econômicas que identificam cada sociedade e que determinam ofertas e demandas diferenciadas para o uso ou abuso de drogas.

Afirma Puel (2000, p.61), que “do ponto de vista cultural, cada sociedade tem, no decorrer da história, suas drogas aceitas por todos, as quais são usadas como relaxantes das tensões e angústias de cada época. O problema da drogadição atualmente é mundial, onde prevalecem as injustiças sociais, as discrepâncias na distribuição de renda, a violação dos direitos humanos. Para que se configure um quadro de dependência de drogas, faz-se necessário a confluência desfavorável destes três elementos correlatos: a personalidade do usuário, o momento sociocultural e econômico e o tipo de droga.”

Les Parrott (2003,pg.164) afirma que “há diversos estudos que apontam o relacionamento entre pais e filhos como o principal fator para o uso de drogas na adolescência. Os pais que consomem bebidas alcoólicas, cigarros e drogas prescritas por médico (especialmente anfetaminas, barbitúricos e tranqüilizantes) têm mais chances que os filhos usem drogas”.

Embora a maioria dos adolescentes e dos adultos em geral não usar drogas ilícitas, muitos jovens, no entanto, têm consumido as drogas legais, sendo a droga mais consumida o álcool, seguido pelo tabaco. Em terceiro lugar vem os solventes e, em quarto lugar vem a maconha.

Os adolescentes, filhos de dependentes de drogas, sofrem com a doença dos pais. Longe de ter uma vida normal para os padrões da idade, eles muitas vezes se vêem no desafio de cumprir o papel que deveria ser do pai ou da mãe. Os problemas gerados dessa situação não lhes permitem enfrentar a fase adolescente.

2.3 Drogas: um breve histórico

A partir de uma revisão histórica da civilização humana, pode-se observar que a droga se fez presente na cotidianeidade do homem desde as primeiras notícias de sua existência. Tanto nas civilizações antigas quanto nas indígenas as plantas psicoativas como o ópio, a coca, e a maconha eram bastante utilizadas e estavam ligadas a rituais religiosos, culturais, sociais, estratégico militares entre outros. Buscava-se através da magia e religião a cura de doenças, o afastamento do mau espírito, obter sucesso nas caçadas e nas conquistas e atenuar a fome e o rigor do clima de determinadas regiões. (LESSA,2002).

Observa Lessa, a utilização de substância psicoativas pelo homem vai apresentar valores e simbolismos específicos, que vão variar de acordo com o contexto histórico cultural, em setores como o religioso/místico, social, econômico, medicinal, psicológico, climatológico, militar, e na busca do prazer. Nos tempos bíblicos, o vinho estava presente, e era parte integrante de cerimônias religiosas como a católica, judaica; também foi largamente utilizado em festa, assim como nos tempos atuais. O ópio era considerado como símbolo mitológico dos antigos gregos e era revestido de um significado divino. Seus efeitos eram vistos como uma dádiva dos deuses destinada a acalmar os enfermos ou aqueles que de algum mal padeciam.

Com o advento da ciência e sua crescente modernidade, as drogas que a princípio se apresentavam na forma de produto advindo da natureza, quando levadas para o laboratório foram transformadas e passaram a produzir outras, artificialmente – as drogas sintéticas.

Nos anos 50, a utilização de drogas sintéticas com efeito tranqüilizante, acentuou-se. Situações que eram consideradas mazelas existenciais começaram progressivamente a serem tratadas com esses ‘calmantes’, que ajudam a aliviar as tensões do dia e permitem um sono mais tranqüilo. Nos dias de hoje, o uso de calmante é prática costumeira em todas as classes sociais, faz parte da cultura da medicação. O consumo de álcool, cocaína, maconha e outros alucinógenos passou a ser bastante propagado pela juventude. Ele era tido como uma forma de contestação e de estimular o surgimento de uma nova sociedade:

livre, igualitária, pacífica e fraterna. Tudo isso desaguou no movimento hippie dos anos 60 e 70.

Até hoje, em culturas indígenas de vários países, o uso de plantas alucinógenas tem significado religioso, isto é, esses povos e culturas, em seus rituais, acreditam estar em contato com forças da natureza e suas divindades. Seu uso é basicamente ritual ou de cura.

No Brasil, drogas alucinógenas são até hoje muito usadas nos rituais de tribos indígenas. A serviço da comunidade, o xamã, ao consumir alucinógenos, entra em contato com os espíritos que o ajudarão a curar doenças, proteger a comunidade contra ataques mágicos e propiciar bem-estar, boas caçadas, etc. O xamã, assim, compartilha com o seu povo os prazeres obtidos com a droga. Esta, antes de tudo, é propriedade coletiva e não individual, e seu uso deve propiciar harmonia ao invés de desavença, paz ao invés de contestação. (INFODROGAS,2002).

As drogas sempre estiveram ligadas a poderosas forças econômicas, por isso a sua eliminação é tão difícil. Portanto, temos de considerar dois aspectos importantes quando se trata de drogas: o prazer e o imenso poder econômico atrelado a elas. A proliferação de drogas tende a se expandir devido justamente à grande produção patrocinada pelos grandes cartéis e por fortes grupos econômicos. Com tanta droga disponível a preço mais acessível, a experimentação aumenta, o abuso é mais freqüente, e a dependência mais incidente.

O tráfico é um comércio ilegal. Isso quer dizer que as disposições de ilegalização são estabelecidas pelo Estado. Apesar das restrições legais, a circulação dessas mercadorias continua ocorrendo. Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, em 1997, o tráfico internacional teria movimentado 400 bilhões de dólares, equivalendo a 8% das exportações mundiais. A produção de bebidas, de cigarros e de drogas de todos os tipos é fantástica em todo o mundo. A mídia especializou-se em seduzir o consumidor e incentivar o consumo em todas as sociedades. O cinema, a televisão e a publicidade costumam dar à bebida um caráter glamouroso. Segundo Les Parrott (2003, p.163) “apesar da proibição legal de venda de bebida alcoólica para menores de idade, os adolescentes estão se tornado o maior público alvo das campanhas publicitárias desse produto”.

Atualmente, a definição em vigor, promovida pela Organização Mundial de Saúde – OMS “droga é qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via

no organismo, afete sua estrutura ou função”. Especificamente as drogas psicoativas, ou psicotrópicas, são substâncias que alteram as sensações, o humor, a consciência ou outras funções psicológicas e comportamentais.

A Organização Mundial de Saúde - OMS - apresentou, em 1999, um estudo sobre o uso per capita de álcool em 153 países. O Brasil figurou em 63º lugar. O levantamento feito pela OMS para comparar a evolução do consumo de álcool em 137 países entre as décadas de 1970 1990, os dados brasileiros indicaram um crescimento de 74,5%, colocando o Brasil entre os 25 países que mais aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas neste período.

É pertinente destacar que o consumo de álcool em nosso país desempenha importante papel em inúmeros problemas a nível pessoal, social e de saúde. Segundo estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, indicam aumento do uso de álcool entre crianças e jovens.

Quanto à sua classificação, podemos encontrar quatro tipos de drogas, segundo Les Parrott:

1. **DEPRESSORES:** são drogas que reduzem a atividade do sistema nervoso central. São substâncias capazes de lentificar ou diminuir a atividade do cérebro, possuindo também alguma propriedade analgésica. Pessoas sob o efeito de tais substâncias tornam-se lentas, lerdas, desatentas e desconcentradas. São eles: álcool, inalantes (cola, removedor de esmaltes, fluido para isqueiro, gasolina), os benzodiazepínicos (tranqüilizantes e calmantes), os barbitúricos, metaqualudes e PCP (feniciclidina), opiáceos.

2. **ESTIMULANTES:** são drogas que estimulam a atividade do sistema nervoso central, tiram o apetite e melhoram a depressão emocional. São substâncias capazes de aumentar a atividade central. Há aumento da vigília, da atenção, aceleração do pensamento e euforia. Seus usuários tornam-se mais ativos, “ligados”. Entre eles estão drogas legais como cafeína e nicotina, além das anfetaminas lícitas e ilícitas e da metadrina e cocaína, ilícitas.

3. **ALUCINÓGENOS:** são drogas que distorcem a mente. Têm pouco uso medicinal e alteram a percepção, produzem quadros de alucinação e ilusão, geralmente de natureza visual. Entre eles estão a maconha, o LSD, mescalina, psilocibina (cogumelo), DMT

(Ayahuasca ou Santo Daime), MDMA (ecstasy), anticolinérgicos naturais (lírio) e sintéticos (Artane, Bentyl). Todos os alucinógenos são ilícitos.

4. NARCÓTICOS: têm efeito analgésico. Aliviam a dor física e tornam a cirurgia possível, mas são altamente viciogênicos. Entre eles estão morfina, codeína e heroína.(Les Parrott.2003, p.162).

As drogas psicotrópicas podem ser, do ponto de vista legal, consideradas lícitas ou ilícitas. As drogas lícitas possuem permissão do Estado para serem comercializadas e consumidas. As drogas ilícitas não podem ser consumidas e muito menos comercializadas, pelo menos com a anuência do Estado. Os critérios utilizados para determinar as drogas lícitas e ilícitas são mais culturais do que científicos. Isso porque as drogas não são meros compostos farmacológicos. Elas também recebem atributos, e os valores sustentados por cada sociedade influem nas idéias formadas sobre as drogas.

As drogas, como vimos, têm características específicas e provocam estados diferentes. Quanto à autodestruição, também há uma escala diferenciada. O cigarro é ainda uma droga legal. As campanhas publicitárias divulgam os malefícios que provoca, mas o seu efeito destrutivo é lento e gradual.

O álcool também é aceito socialmente, vendido livremente até em supermercados. Apesar da proibição de consumo e de venda para menores de 18 anos, muitos jovens já o tenham experimentado antes dessa idade. Pode ter efeitos tremendamente destrutivos para o sujeito. Segundo Esslinger e Kovács (2003, p.55), o consumo de álcool “em excesso leva à mudança de personalidade, à predisposição para brigas, ao prejuízo no trabalho, à agressividade no núcleo familiar, ao abandono dos amigos e de si mesmo”, assim como acidentes automobilísticos decorrentes do seu uso abusivo.

A síndrome de abstinência (tremores, náuseas, delírio, alucinações) ocorre quando a pessoa não pode ingerir a bebida.

Outras drogas relativamente legais – anfetaminas, barbitúricos – tomadas com receita médica e numa dosagem correta, são usadas para combater determinados problemas de saúde. Mas, ingeridas de forma indevida, levam também à dependência e pode provocar problemas de saúde.

A “tolerância” significa que uma quantidade cada vez maior precisa ser tomada para se chegar ao mesmo efeito.

No consumo de drogas ilegais, perseguidas pela lei como a maconha, a cocaína, a heroína, o LSD, o crack, e o ecstasy, há uma questão a ser considerada: há um aumento do índice de autodestrutividade – o sujeito se arrisca, muitas vezes, para conseguir a droga, podendo ser preso, por tráfico ou até mesmo ser assassinado. Mesmo entre as drogas ilegais há também diferença no poder de destruição. Por exemplo, a maconha é a que parece ter menor grau de destrutividade. O crack está entre as drogas ilegais de maior nível de autodestrutividade, pois seu efeito é altamente nocivo. Trata-se de uma droga muito barata – portanto, acessível a praticamente todas as camadas da população. Causa dependência física e leva a uma rápida deterioração do corpo.

No caso das drogas injetáveis, mais um fator se acrescenta ao aspecto autodestrutivo. Por exemplo, a cocaína, além de seu efeito danoso para o corpo e para a mente, apresenta o perigo do compartilhamento de seringas, do sangue infectado e da Aids.

O consumo de drogas se generalizou por diversos países, principalmente entre as faixas etárias mais jovens. Atingindo proporções dignas de um problema de saúde pública (principalmente o álcool e o tabaco), são responsáveis por boa parte da morbidade e da mortalidade passível de prevenção nos dias de hoje.

A combinação de sexo e consumo de drogas, ambos sem proteção, vem sendo objeto de interesse e estudo entre os pesquisadores e agentes de saúde pública, pois tal combinação resulta numa prática sexual de alto risco. O compartilhamento de seringas, juntamente com o efeito psicoativo de alguma droga, promovem respectivamente a possibilidade de contaminação por HIV e, o sexo inseguro (sem proteção) possibilita a contaminação por DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e a gravidez precoce.

Os dados disponíveis no Brasil mostram a progressão dos casos de infecção pelo vírus da AIDs relacionados com o uso de drogas injetáveis. Desde 1982, quando se registrou o primeiro caso de AIDs entre usuários de drogas injetáveis, o percentual de casos por esta via de transmissão saltou de 2,7% em 1985 para 18,2% em 1990. Em 1999, aumentou para cerca de 27% o total de casos de AIDs notificados ao Ministério da Saúde relacionados ao uso de drogas injetáveis.

Além da infecção pelo HIV, outra consequência negativa para a saúde dos usuários de drogas injetáveis (UDIs) é infecção pelos vírus B e C de hepatite, a malária e a doença de Chagas.

2.3.1 As Drogas e as Políticas Públicas

Considerando-se a Dependência Química como doença, ela passa a ser um problema de saúde. Todo cidadão tem garantido pela Constituição, acesso aos direitos à política pública de atenção à saúde. A Constituição Federal de 1988 institucionalizou e ampliou o conceito de saúde enquanto Direito, bem como estabeleceu princípios e diretrizes no âmbito da Seguridade Social. (PUEL, 2000).

No Brasil, a problemática referente ao abuso de drogas vem crescendo cada vez mais e sendo objeto de grande preocupação por parte das famílias, dos profissionais de saúde e de educação, das autoridades governamentais e organizações não governamentais em face ao aumento de consumo pela população, especialmente na faixa etária dos jovens.

Os gastos relativos às internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, no triênio 1995, 96, 97, ultrapassaram os 310 milhões de reais. Ainda nesse mesmo período, o alcoolismo ocupava o 4º lugar no grupo das doenças que mais incapacitam, considerando a prevalência global. (I Fórum Nacional anti-Drogas, 1998).

Segundo Puel (2000), estudo realizado em 1998 com a população geral em Florianópolis, SC, destacam-se alguns resultados:

- a idade média de início de uso, tanto de bebidas alcoólicas como de tabaco, é 15 anos nos homens e 17 nas mulheres;
- a idade de início de consumo de maconha entre os homens foi de 17 anos e 19 anos entre mulheres;
- a idade média para o uso inicial de cocaína foi de 17 anos entre as mulheres e 20 entre os homens.

Na década de 90, lembra a autora, foram realizadas várias pesquisas sobre drogas, o que permitiu um acompanhamento mais sistemático e contínuo da situação. Esses estudos

demonstram que o consumo de substâncias psicoativas lícitas supera o de drogas ilícitas. No contexto geral das drogas, o álcool aparece com destaque sendo a droga mais consumida no Brasil. O seu consumo não se restringe à população adulta, sendo usado também entre os adolescentes”.

Uma política nacional sobre o consumo de substâncias psicoativas deve estar baseada pelos seguintes princípios:

- A questão das drogas (lícitas e ilícitas) deve ser tratada fundamentalmente como um problema de Educação e Saúde;
- As políticas em relação às drogas devem ser integradas às políticas sociais;
- A abordagem do problema deve ser ampla, contemplando igualmente as drogas lícitas e ilícitas;
- As ações de enfrentamento do problema devem considerar as particularidades históricas, sociais e culturais;
- A viabilização dos programas depende da participação de toda a sociedade;
- As políticas referentes às drogas devem ser baseadas no conhecimento científico sobre o tema. (ABEAD, apud PUEL,1990).

A política brasileira referente às drogas lícitas e ilícitas, incluindo a questão do uso indevido, executa intervenções referentes à repressão, com seus instrumentos próprios de atuação; inclui ações para tratamento e reabilitação à dependência química.

As linhas de ação dessa política pública estão sob a responsabilidade de três esferas: da educação, da jurídica e da saúde”.

A política de educação preventiva adotada pelo Ministério da Educação preconiza a inclusão de matérias sobre drogas nas disciplinas dos primeiros e segundos graus (embora não tenha sido efetivada, conforme a proposta).

No âmbito da saúde, o Ministério da Saúde, por meio da área técnica de Saúde Mental, define as diretrizes políticas de tratamento e de prevenção no âmbito da Saúde Mental, onde destacamos a Lei nº 10.216 de 06 /04 /2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Visando implementar uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários, o Ministério da Saúde vem emitindo portarias, as quais destacamos: a portaria nº 336, de 19 de fevereiro de

2002, redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a portaria nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, aponta a necessidade de estender mais eficazmente as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infanto-juvenil. A portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. As determinações do documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas,” prioriza ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador, direcionadas às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (e seus familiares), baseado em informações fornecidas pela Organização Mundial da Saúde – OMS, sustentadas por estudos e pesquisas epidemiológicas consistentes, de que a dependência de álcool acomete cerca de 10 a 12% da população mundial.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A pessoa atendida em um CAPS, tem acesso a vários recursos terapêuticos:

- Atendimento individual;
- Atendimento em grupo;
- Atendimento para a família;
- Atividades comunitárias;
- Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço.

Os CAPSad, destinam-se para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Essa modalidade de atendimento passou a existir, a partir de 2002. Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas. Desenvolvem uma gama variada de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também

devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção hospitalar.

As estratégias de prevenção devem contemplar a utilização combinada dos seguintes elementos: fornecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas, alternativas para lazer e atividade livres de drogas; devem também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas. Devem buscar principalmente, o fortalecimento de vínculos afetivos, o estreitamento de laços sociais e a melhora da auto-estima das pessoas.

A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2004).

Em relação à prevenção, o Ministério da Saúde adota uma postura compreensiva, com campanhas e subsídios, e materiais educativos dando suporte às ações das múltiplas organizações que tratam desta questão no País.

As medidas de prevenção ao uso indevido de drogas devem contemplar ‘ações de redução de oferta’ – a repressão ao tráfico de drogas é uma medida que visa reduzir a oferta das substâncias psicoativas; ‘ações de redução de demanda’ – envolve qualquer atividade para diminuir a necessidade da droga entre as pessoas, são medidas que podem ser desenvolvidas nas famílias, nas escolas, nas instituições e na comunidade; ‘ações de redução de danos’ – objetivam diminuir as consequências negativas que o uso de drogas pode causar. É uma tentativa de minimizar ou eliminar os efeitos adversos que o uso de drogas pode trazer para uma pessoa.

As ações e estratégias de redução de danos compreendem um conjunto de medidas dirigidas às pessoas que não conseguem ou que não querem parar de consumir drogas – nos programas de troca, as seringas usadas são trocadas por novas (também são distribuídos preservativos, algodões embebidos em álcool para desinfetar o local da picada). Afirma BUCHER (1996, p.90): “melhor é não usar drogas; se usar, melhor é não fazer uso injetado; se fizer uso injetado, melhor é fazer ‘uso limpo’ ”.

Os programas de redução de danos não devem ser confundidos com a redução da oferta ou da demanda. Quando se fala em troca de seringas, uso de preservativos ou trabalho com agentes comunitários, o que se pretende não é exercer controle sobre a oferta ou a demanda, mas sim atuar para que os danos causados pelo consumo de drogas sejam menores.

Os princípios que fundamentam os Programas de Redução de Danos - PRD no Brasil são os mesmos onde esses programas representam experiência bem-sucedida (Austrália, Estados Unidos e vários países da Europa), tendo salvado milhares de vida. O resultado positivo traduz-se na economia de somas elevadas de recursos que deixam de ser gastos em tratamento de saúde das pessoas que foram protegidas da infecção pelo HIV-Aids”.

O “Projeto de Drogas” trabalha articuladamente com outros setores do próprio Ministério, através de parcerias interministeriais, estabelece linhas de ação conjunta com a Secretaria Nacional Antidrogas -SENAD e com as Secretarias do Ministério de Educação e do Desporto. A Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas – ABEAD – contribui nas discussões e definições de políticas em relação ao consumo inadequado de drogas e às situações de risco. (PUEL, 2000).

Os principais programas e/ou estratégias na área de drogas no âmbito estadual, segundo a autora são:

PREVIDA – Programa de Prevenção Educação e Vida, da Secretaria de Estado da Educação. Sua proposta básica é trabalhar questões relativas às drogas no contexto geral das disciplinas do currículo escolar e numa perspectiva interdisciplinar.

PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência, desenvolvido pela Polícia Militar do Estado. Objetiva a prevenção ao uso de drogas entre crianças em idade escolar. Além de informações sobre álcool e outras drogas, o programa trabalha a auto-estima das crianças, ensinando-as a resistir às pressões que as envolvem.

CONEN – Conselho Estadual de Entorpecentes, ligado à Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão. Fiscaliza a instalação e o funcionamento de comunidades terapêuticas

de controle a drogas e de tratamento de dependentes químicos. Delibera políticas referentes aos entorpecentes e promove ações de educação e prevenção a respeito de drogas.

CE-DST/AIDS – Coordenação Estadual DST/AIDS, da Secretaria de Estado da Saúde, é responsável pela condução da política estadual de DST/AIDS, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde.

Programa Estadual de Saúde Mental – da Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela condução da política estadual de saúde mental. Avalia projetos para implantação de novos serviços no SUS; assessora os municípios para implementação da rede de saúde mental, normas técnicas e epidemiologia; viabiliza capacitações aos profissionais da rede pública de saúde.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: Policlínica de Referência Estadual, presta atendimento a portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, por uma equipe multiprofissional. É um ambulatório de referência estadual na área.

CECRED – Centro de Convivência e Recuperação de Dependentes Químicos, no Hospital Santa Teresa de Dermatologia Sanitária, da rede pública de saúde, em São Pedro de Alcântara, SC.

Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina –IPQ/SC - Hospital especializado em psiquiatria, dispõe de uma unidade para tratamento hospitalar a dependentes químicos, em São José-SC.

Coordenação Estadual de Controle do Tabagismo – da Secretaria de Estado da Saúde. Promove treinamentos aos profissionais para a implantação do programa de controle do tabagismo da rede pública de saúde, educação, empresas.

A autora finaliza: “além desses órgãos de abrangência estadual, o Estado conta com uma rede de serviços de saúde ambulatorial e hospitalar, sob responsabilidade dos

municípios, além de instituições privadas e comunidades terapêuticas”, que prestam assistência na área de dependência química.

2.4 Fatores de Risco e de Proteção ao uso de drogas na adolescência

Muitos adolescentes experimentam drogas muito cedo, passando do uso de drogas lícitas para o uso de drogas ilícitas. O aumento do consumo de drogas, a experimentação e o uso regular cada vez mais cedo, têm exposto adolescentes e jovens a graves problemas de saúde mental e física.

No que se refere às causas do uso de drogas na adolescência, não se conhece nenhum motivo que, sozinho, seja determinante ou causador do uso e abuso ou da dependência de drogas, mas é possível afirmar que existem situações de vida que favorecem o uso indevido de drogas. Assim, pode-se falar em fatores de risco que aumentam a possibilidade do uso de drogas e fatores de proteção, que dificultem o uso.

Fator de risco e de proteção é uma condição que pode estar presente no indivíduo, na família, na escola, entre os pares ou na comunidade.

Fatores de risco são elementos, características ou circunstâncias detectáveis de uma pessoa ou de um grupo de pessoas com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desencadeamento de um determinado evento indesejado ou maior chance de adoecer ou morrer: pobreza, habitação inadequada, falta de saneamento, desnutrição, ruptura familiar, evasão escolar, distúrbio de aprendizagem, promiscuidade, abuso sexual, drogas, violência, migração, mudanças súbitas na família.

Fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco, e são mecanismos conscientes ou inconscientes da adaptação: saneamento ambiental; bom estado de nutrição, bons hábitos alimentares; trabalho apropriado; boa utilização do tempo livre, prática de esportes, atividades artísticas e culturais, lazer bem programado; acesso a serviços de saúde de boa qualidade; educação em saúde, canais abertos de comunicação; redes sociais de apoio; respeito aos direitos de cidadania.

Para Vizzolto (1992, p.58), “a prevenção consiste num conjunto de informações e de ações concretas, com o objetivo de atuar sobre as causas e tem por fim evitar o abuso e o uso indevido de drogas”.

Quanto aos fatores de risco, Bucher (1996) aponta a OMS que considera pessoas em situação de risco quando carecem de informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos; têm uma saúde deficiente ou uma personalidade mal integrada; são insatisfeitas com sua qualidade de vida; têm acesso fácil a drogas. “Ao lado desses fatores, bastante evidentes, cabe analisar outros mais específicos, como uma eventual predisposição depressiva, constelações familiares desfavoráveis ou traumatismos psicoafetivos precoces”. (p.67).

A criação dos órgãos Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN, hoje, Conselho Nacional sobre Drogas – CONAD; Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN, Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN, foi resultante do esforço para incorporar a prevenção e o tratamento às atividades de controle das drogas, pois até a década de 1980, este era somente um assunto de polícia.

A idéia de prevenção em saúde é tão antiga quanto o tratamento, pois à medida que se descobriam os problemas, os grandes males, também se pensava em como evitá-los. Em relação às substâncias psicoativas, a maioria dos usuários não relata problemas, ao contrário, existe sempre uma justificativa para o uso, como alívio de sofrimento, da angústia, ampliação da capacidade de socialização, curiosidade, busca de prazer, entre outros.

Atualmente, os indicadores epidemiológicos confirmam a necessidade de desenvolver cuidados preventivos com a saúde, principalmente nas questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Os levantamentos mostram uma alta taxa de mortalidade decorrente do uso de álcool e tabaco, considerados um grave problema de saúde pública no mundo.

A Prevenção é um conjunto de medidas que visa evitar, diminuir o problema já existente e cuidar de suas conseqüências.

A história da prevenção começou a ser relatada na década de 40, quando se utilizou a pedagogia da moral e do amedrontamento. Sem resultados efetivos, foram desenvolvidos nos anos 50 programas educacionais mais afetivos, mas não conseguiram aumentar a auto-estima dos jovens. A partir de 1970, programas voltados para o oferecimento de

alternativas foram implementados produzindo resultados positivos apenas em não usuários. Em 1980, medidas preventivas propuseram a utilização dos currículos escolares para informar e treinar os jovens, com o objetivo de criar resistência quanto ao uso do tabaco, produzindo alguma efetividade. Desde 1990, a idéia de prevenção tem sido envolver toda a comunidade, que se responsabilizará pela infra-estrutura necessária para a criação, manutenção e avaliação dos programas.

Duarte e Cruz (2002, p. 232), afirma existir três níveis de prevenção:

Prevenção primária: centrada numa abordagem que valorize a vida para evitar o uso experimental de drogas, ou diminuir o uso esporádico. É uma intervenção diretamente com a população, antes que surja algum problema, no sentido de instruir, informar, e educar, objetivando a conscientização em relação aos prejuízos relativos ao uso de drogas.

Prevenção secundária: intervenção realizada após o início do contato com a droga. É uma forma de resgatar aqueles que já têm algum comprometimento no desempenho dos seus papéis sociais, visando diminuir o uso regular e evitar o uso abusivo. O objetivo é evitar a progressão e amenizar os prejuízos referentes ao uso de drogas. Nesta forma de prevenção o encaminhamento também pode e muitas vezes é indicado como forma de evitar danos maiores à saúde da pessoa.

Prevenção terciária: intervenção que tem como elemento facilitador a reinserção social através de tratamento para abuso e dependência. Atua no sentido de possibilitar ao indivíduo, uma reintegração no contexto familiar e no trabalho, isto é, na sua vida cotidiana.

Os modelos de prevenção tradicionais baseados na repressão e no amedrontamento, estão sendo revistos por serem didaticamente superados atualmente. Novos conceitos estão emergindo como forma de trabalho de prevenção ao uso de drogas. Não é suficiente levar informações sobre drogas aos adolescentes, nem apenas oferecer-lhes opções. Essas ações são fundamentais, mas devem estar combinadas com um processo de reflexão, conscientização e mudança de atitude.

O trabalho de prevenção ao uso indevido de drogas vem evoluindo, com a construção de um novo modelo, voltado para a educação e para a saúde, centrado na valorização da vida e na participação da comunidade, denominado modelo sistêmico.

A construção do modelo sistêmico, fundamentado na integração, nas relações e na contextualização dos fenômenos, aplicado ao uso indevido de drogas, analisa o fenômeno interligando os acontecimentos e as relações entre as pessoas envolvidas e seus respectivos contextos de vida, ou seja, tudo está relacionado entre si. Este modelo é centrado na valorização da vida que consiste na noção do indivíduo em relação a si mesmo, ao outro e ao meio ambiente, na busca de projetos pessoais e coletivos. (BUCHER,1996).

Sobre os modelos de prevenção, Cinnanti (1999) afirma que o modelo de conhecimento científico, leva informações e possibilita o diálogo sobre as drogas. Este modelo busca também a quebra de tabus, abordando questões pertinentes e fundamentais, como os riscos do consumo e a dimensão do prazer, que perpassa tal questão.

O modelo de oferecimento de alternativas, compreende que a droga cumpre uma função na vida do indivíduo e também na relação familiar. Urge compreender qual é exatamente esta relação para que seja possível oferecer uma alternativa em troca que cumpra a mesma função, ou seja, oferecer algo que supra as necessidades, sejam elas de afeto, de reconhecimento, de prazer, de sentimento de pertença, ou outras. “Isso pode ser feito através de identificação dos vínculos sociais positivos, de integração em grupos esportivos e profissionalizantes, de incentivo às atividades culturais e de lazer, e de aumento de auto-estima e da autoconfiança do adolescente.” (CINNANTI,1999, p.67).

O modelo de educação afetiva, propõe um espaço de reflexão onde o adolescente possa se expressar e confrontar suas idéias, promovendo e ampliando sua conscientização em direção à mudança de atitude frente às drogas.

O modelo de pressão de grupo positiva, compreende que o grupo exerce influência sobre o sistema de crenças e valores do adolescente. Existem aqueles que se agrupam em torno de esportes, outros de religião ou de música, e há ainda aqueles que se identificam pelo comportamento infrator. Segundo a autora, “se o grupo influencia na construção de padrões de comportamento de risco, certamente também terá papel importante na construção de hábitos saudáveis e de valores que resgatem a dignidade e solidariedade humana.”(p. 69).

A construção de redes na prevenção ao uso de drogas consiste no “conjunto de relações humanas que têm, para o indivíduo, uma importância duradoura. Ela traz a possibilidade de integração da diversidade e do surgimento de novas formas de organização

e de gestão do trabalho”. A rede, geralmente é construída a partir da solidariedade entre as pessoas que compartilham interesses comuns, ou problemas semelhantes. “A rede é constituída por meio de interações que visam a comunicação, a troca e a ajuda mútua, e emerge a partir de interesses compartilhados e de situações vivenciadas em agrupamentos ou localidades: a vizinhança, a família, o parentesco, o local de trabalho, a vida profissional,” entre outros. (p.74).

Na prevenção ao abuso de drogas, os fatores de risco são características preponderantes para aqueles que desenvolvem problemas com álcool e outras drogas. Quanto mais fatores de risco uma criança apresenta, mais provável será que ela se engaje em abuso de drogas e em problemas relacionados, na adolescência e como adulto jovem. Por outro lado, a promoção de fatores protetores na vida da criança pode diminuir sua vulnerabilidade para posteriores problemas sociais e de saúde. (SCIVOLETTO e GIUSTI, 2004).

Segundo as autoras, há um consenso de que o uso/abuso de substâncias psicoativas é multifatorial, com implicações de fatores psicológicos, biológicos e sociais. Alguns fatores normalmente citados são: curiosidade, obtenção de prazer, relaxamento das tensões psicológicas, facilitação da sociabilidade, influência do grupo, isolamento social, dinâmica familiar, baixa auto-estima, manejo inapropriado da mídia na questão das drogas, influências genéticas, familiares com problemas com álcool, excessiva medicalização da sociedade.

Fatores internos tais como insegurança e sintomas depressivos podem estar relacionados à evolução da experimentação para o uso regular e manutenção do uso. Outros fatores de risco ainda associados ao plano individual, como a falta de autocontrole e de assertividade; o fracasso escolar e a falta de vínculos na escola.

A família também influi diretamente, tanto como protetora quanto promotora no consumo de substâncias psicoativas por seus filhos. Famílias extremamente autoritárias ou liberais aumentam o risco de consumo de drogas por seus filhos. O envolvimento dos filhos no consumo de substância pelos pais (buscar uma taça para colocar vinho, trazer uma caixa de fósforos para ascender o cigarro ou comprar um maço de cigarros no bar) também é considerado um fator de risco proporcionado pela família”. A conexão entre pais e filhos constitui-se um dos principais fatores de proteção.

A comunidade também imprime proteção e riscos ao adolescente. Dentro desta, a escola é o ambiente de maior influência. Adolescentes que se sentem parte da comunidade escolar e recebem expectativas positivas com relação ao seu sucesso escolar estão mais protegidos contra comportamentos de risco. A comunidade também inclui o trabalho: aqueles que trabalham mais de vinte horas semanais estão em maior risco. Outra instituição comunitária, também importante, são as religiões: adolescentes envolvidos em tais instituições estão mais protegidos.

Outro fator comunitário de grande ação protetora e promotora de riscos é o grupo de amigos, (um grupo de amigos nada mais é do que um conjunto de indivíduos com as mesmas necessidades e desejos).

A mídia representa um dos aspectos de maior persuasão comunitária sobre o comportamento dos indivíduos. Associada à televisão, filmes, videogame, música (letras), imprensa. Chega a ser redundante afirmar que os comerciais, que apresentam o álcool e o cigarro como substâncias associadas ao prazer, ao sucesso financeiro e sexual, sem alertar devidamente o consumidor acerca de seus riscos, são um fator de risco para o uso indiscriminado destas substâncias.

O momento da maturação biológica influencia a capacidade cognitiva, a percepção do mundo e de si, incluindo os valores pessoais. As predisposições biológicas (temperamento e capacidade neurológicas) e os fatores sócio-culturais (status familiar, amizades, escola, comunidade) afetam o desenvolvimento psicológico. Tal interação pode influenciar positiva ou negativamente sobre a história de consumo de substâncias destes indivíduos.

Todo adolescente é curioso e aceita se expor a riscos com mais facilidade. Quando possui um conhecimento adequado sobre tal risco, maneja bem suas habilidades sociais e sabe o significado positivo e negativo de suas atitudes, haverá pouca chance de adotar comportamentos de alto risco.

Não basta observar ou focalizar apenas um fator de risco, mas sim a adolescência como um todo, utilizando para isso abordagens que valorizem a qualidade de vida e ajudem o adolescente a construí-la a partir de suas necessidades individuais.

Outro fator a considerar: a cultura contemporânea. Ela caracteriza-se por uma busca de realização, de bem-estar imediato, de ser jovem, de ter um corpo atlético, de ter visões

fantásticas. Dentre as várias formas de obter essas experiências, uma delas, sem dúvida, são as drogas. Não há nada errado em querer atingir esses estados, e sim na obtenção rápida, externa e com grandes riscos de vida.

O homem é naturalmente livre para tomar decisões, fazer escolhas, opções pelo resto da vida. Aqueles que decidem consumir uma droga estão fazendo uma opção, uma escolha. É claro que muitos fatores contribuem para tal escolha. Mas, a escolha, no final, foi da pessoa.

Conforme a dependência vai se instalando, a pessoa passa a abrir mão de coisas que eram muito importantes para ele. Tudo gira em torno do consumo. A partir desse ponto, o indivíduo não consegue mais ficar sem a droga. Não há mais opção - o indivíduo não escolhe. A doença lhe tirou essa liberdade. Portanto, a dependência não é uma opção. É uma condição patológica (uma doença) que tira a liberdade da pessoa de optar.

Um programa de prevenção não poderá ter como objetivo principal o fim de toda e qualquer ocorrência com drogas. O planejamento das atividades preventivas almeja diminuir a probabilidade do jovem envolver-se de maneira indevida com o uso de drogas. Portanto, esses programas devem enfatizar a redução dos fatores de risco e ampliação dos fatores de proteção.

Muitos adolescentes que procuram o Programa do Adolescente estão iniciando o contato com as drogas – eles próprios ou namorado (a), amigos ou parentes, por isso acreditamos que há necessidade de se discutir, orientar e informar sobre as drogas, para que o adolescente adote um comportamento preventivo e aprenda a resistir as pressões que o levam a experimentar as drogas. Precisa também aprender a expressar seus sentimentos, dar opiniões, tirar dúvidas, falar de suas inseguranças e angústias, seus medos e preconceitos.

O aumento no consumo de drogas entre os adolescentes demonstram quanto é importante trabalhar a prevenção e a conscientização destes em relação às drogas. Este projeto propõe medidas educativas de prevenção, com o intuito de proporcionar ao adolescente meios para sua própria conscientização e escolha. Esta proposta surge como um instrumento de cidadania, participação e iniciativa para a população adolescente que recorre ao Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

CAPÍTULO 3

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DO ADOLESCENTE

3.1 Uma breve contextualização

O Centro de Referência em Saúde do Adolescente funciona na Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME, antiga Policlínica de Referência Regional, situada à rua Esteves Júnior nº 390, 1º andar, bloco M.

Atualmente o Centro de Referência em Saúde do Adolescente conta com uma equipe interdisciplinar composta por 02 Assistentes Sociais, 03 médicos (02 clínicos e 01 ginecologista), 02 enfermeiras, 02 pedagogos, funcionário administrativo, 03 estagiárias de Serviço Social, 03 estagiárias de Psicologia.

Os adolescentes que participam do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, também dispõe de atendimento de profissionais, como oftalmologista, nutricionista, ortopedista, endocrinologista, dermatologista, na DAME.

Atende adolescentes entre 10 e 19 anos da Grande Florianópolis. A demanda do programa é espontânea ou encaminhada pelos Centros de Saúde dos bairros do Sistema Único de Saúde (SUS), entidades particulares, órgãos públicos e programas da comunidade que atendem essa faixa etária.

Quanto ao atendimento, o mesmo apresenta-se como sistemático e de intercorrências. O atendimento se dá inicialmente pela assistente social, seguido do médico, enfermeira e, se necessário, pelos pedagogos e psicóloga. É importante ressaltar que o atendimento ao adolescente é individual, e o profissional utiliza-se de prontuários, onde são registradas todas as consultas realizadas.

Devido ao caráter das demandas – droga, álcool, tabaco, gravidez na adolescência, dificuldade escolar, entre outros – foi caracterizado como o primeiro nível de referência intermunicipal, justamente pela singularidade do atendimento interdisciplinar.

Segundo Carreirão (1998 p.58), a demanda vem espontaneamente ao programa (83,8%) ou encaminhada pelos ambulatórios do SUS, instituições particulares, órgãos públicos e programas da comunidade que trabalham com questões ligadas à adolescência.

O principal objetivo é promover e recuperar a saúde, considerando os aspectos biológicos, psico-espirituais e sócio-culturais do adolescente, promover educação, ensino e pesquisa.

Os grupos educativos têm como objetivo principal promover através de ações educativas debates sobre temas relativos às áreas prioritárias do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), tais como:

- Crescimento e desenvolvimento biopsicossocial;
- Saúde bucal;
- Saúde escolar do adolescente;
- Saúde reprodutiva;
- Saúde mental (uso e abuso de fumo, álcool e drogas);
- Sexualidade;
- Projeto de vida.

As atribuições do Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente são:

- Estabelecer o primeiro contato com o adolescente por ocasião de sua admissão no Centro de Referência;
- Interpretar os objetivos e normas do Centro de Referências, bem como informar detalhadamente sobre as atividades desenvolvidas, sugerindo ao adolescente sua inserção nessas atividades;
- Preencher o prontuário sócio-econômico para o conhecimento da situação familiar do adolescente, identificar dificuldades nesta área e promover o acompanhamento se necessário;
- Orientar os adolescentes sobre o acesso aos direitos sociais como a viabilização do acesso à saúde e sobre os direitos e deveres postos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e promover encaminhamento a outros setores da sociedade civil;
- Realizar contato com o Conselho Tutelar para desenvolver um trabalho conjunto no caso de violência e/ou abuso sexual contra o adolescente;

- Promover a reflexão e repasse de informações sobre os problemas apresentados pelos adolescentes;
- Promover contato com os pais e/ou responsáveis para orientação a respeito de assuntos que envolvem o adolescente.
- Encaminhar os pais para programas relacionados à dependência química e problemas de origem psicológica. Esclarecimentos e orientações sobre garantias relativas aos casos de separação conjugal para mães que sofrem ameaça, assim como encaminhamentos para órgãos comprometidos e viabilização de acesso à ajuda mútua aos adolescentes;
- Formar e acompanhar grupos de adolescentes;
- Formar e acompanhar grupos de pais;
- Reflexões e orientações sobre projetos de vida da adolescente gestante, após o nascimento do bebê, assim como seus direitos civis (registro do bebê) e de cidadania.

Os instrumentos utilizados pelo Assistente Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente para o exercício de sua prática profissional são:

Técnicos operativos: entrevistas com adolescentes e com os pais; elaboração de relatórios; estudo de caso; observação; trabalho com grupos educativos; recursos audiovisuais (cartazes- *folders*); disponibilidade de material didático, entre outros.

Teóricos metodológicos: estudo da LOS – Lei Orgânica da Saúde; estudo da Constituição Federal do Brasil; estudo do Estatuto da Criança e do Adolescente; Código de Ética, entre outros.

Segundo Iamamoto, o Serviço Social na Contemporaneidade [...] “sintetiza o desafio de decifrar os novos tempos, exigindo-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade”.(2001, p.49).

Segundo Carreirão (2002), o fato de o Brasil ser um país de jovens e de o desenvolvimento de estudos científicos mostrarem a necessidade de um olhar cuidadoso sobre a adolescência, foram pontos importantes para a criação de um atendimento específico a esta faixa etária. A necessidade de atendimento a esta clientela foi reforçada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA, quando a considera prioridade absoluta.

Por ser o Centro de Referência em Saúde do Adolescente desenvolvido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar especializada no atendimento de adolescentes, o que se expressa uma melhor resolutividade nas questões demandadas, e também porque tem sido estendido a 18ª Região de Florianópolis, foi caracterizado como “primeiro nível de referência intermunicipal”.

Atualmente, o Centro de Referência em Saúde do Adolescente se reestruturou, passando do nível de atenção básica, em que as atividades tinham caráter preventivo e a tecnologia utilizada era simples, para o nível de média complexidade. Este nível refere-se especialmente ao conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares objetivando atender os principais problemas de saúde da população, demandando a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, não disponibilizado em todos os municípios do país.

Os profissionais de Serviço Social do Centro de Referência atendem adolescentes que, na maioria das vezes, vivenciam situações problemas.

O Serviço Social na Saúde integra uma equipe composta por vários profissionais de várias áreas, desta forma, a interdisciplinaridade é mais que uma simples comunicação, podendo ser observada quando “comunicação ou o diálogo sobre e entre saberes e práticas gerar uma integração mútua, constituindo novos saberes e novas práticas que busquem a resolução de um problema concreto”. (NOGUEIRA, 1998, p.43). A interdisciplinaridade perpassa o atendimento ao adolescente que ingressa no programa onde se procede atendimento individual e grupal, com o intuito de contribuir para a resolução dos seus problemas de saúde, de relacionamento na escola e na família.

O atendimento individual é específico – através de entrevista informal, as informações colhidas são passadas para o prontuário do adolescente.

O atendimento de grupo é feito através de reuniões, onde são desenvolvidas atividades – recreativas, culturais e educativas, e se discute assuntos de interesse dos participantes. Estes grupos definem-se como operativos, pois se configura como:

Um conjunto limitado de pessoas ligadas por constantes de espaço e tempo, articuladas por sua mútua representação interna, interagindo por meio de complexos mecanismos de assunção e atribuição de papéis, constituindo como finalidade à consecução de uma tarefa explícita ou implícita (PICHON, 1986).

O Assistente Social ao trabalhar grupos como estratégia de intervenção busca atender as demandas, e dessa forma pode efetivamente proporcionar um trabalho preventivo junto ao adolescente e à família. Cabe ao orientador oferecer opções e orientações aos adolescentes quanto às questões referentes ao consumo de álcool e outras drogas, assim como realizar reflexões relacionadas sobre a fase devida que estão vivenciando, tais como: projeto de vida, sexualidade, lazer, preservação, construção e sentido de valorização da vida.

O trabalho com redes constitui-se fator imprescindível para a realização do trabalho do profissional de Serviço Social da instituição, haja vista o freqüente número de casos que demandaram providências extra-institucionais. Este tipo de trabalho surge como possibilidade de “romper com as formas cristalizadas de atendimento dos serviços que se defrontam com demandas cada vez mais complexas, decorrentes das transformações societárias contemporâneas.” (MIOTO, 2001).

No tocante às famílias, partindo da teoria sistêmica onde o adolescente não é visto como membro-problema, mas como parte integrante do sistema familiar, com história e dinâmica singular, surgiu a idéia de se formar o grupo de pais, com o intuito de complementar o trabalho realizado com os adolescentes, do Centro de Referência em Saúde do Adolescente. Lembrando Minuchin (1992), “a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem”.(p.57).

Desta forma, “o Assistente Social, como prestador de serviços sócios-assistenciais, interfere nas relações sociais que fazem parte do cotidiano de sua população. Esta interferência se dá particularmente pelo exercício da dimensão sócio-educativa”. (YAZBECK, p.96).

O trabalho do Assistente Social, na instituição, coloca os interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde como prioridade absoluta.

Através da experiência vivenciada no decorrer do estágio curricular obrigatório, realizado na DAME, pode-se concluir que este possibilitou uma reflexão profunda quanto ao aprendizado que se adquire frente às situações concretas.

Este Trabalho de conclusão de Curso foi baseado, justamente no projeto de estágio realizado no Programa do Adolescente, da DAME. Haja vista vários adolescentes que procuraram o supracitado programa por estarem iniciando contato com drogas – direta ou indiretamente (eles próprios, familiares, parentes amigos, namorado (a)), acreditamos que há necessidade de se discutir, orientar e informar os adolescentes sobre as drogas, para que o adolescente adote atitudes preventivas e aprenda a resistir às pressões que o levam a experimentar as drogas. Precisa também aprender a expressar seus sentimentos, dar opiniões, tirar dúvidas, falar de suas inseguranças e angústias, seus medos e preconceitos.

O referido projeto tem sua importância relacionada ao aumento no consumo de drogas entre os adolescentes. Esse fato demonstra a pertinência em se trabalhar a prevenção e a conscientização destes jovens em relação ao consumo de drogas. Esta proposta surge como um instrumento de cidadania, participação e iniciativa para a população adolescente que recorre ao Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

No capítulo a seguir abordaremos a pesquisa realizada no Programa do Adolescente, do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, com o objetivo de identificar se fatores de risco e de proteção podem contribuir ou não para o consumo de drogas pelos adolescentes.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

4.1. Caracterização da Pesquisa

O presente capítulo apresentará, em linhas gerais, o tipo de pesquisa, o universo da pesquisa, os instrumentos e os procedimentos adotados neste estudo, para dar maior visibilidade às situações encontradas na investigação.

TIPO DE PESQUISA: Para a realização desta pesquisa, utilizamos a análise documental, descritiva e correlacional.

Sobre a importância da pesquisa documental, Souza Filho (apud FIGUEIREDO, 2000,p.52), menciona que devemos considerar os dados já disponíveis, para ter acesso ao universo simbólico e social do grupo ou indivíduo num estudo social.

Para Gil, “a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”. (GIL,1999,p.110).

O autor, refere-se à pesquisa descritiva como aquela que possibilita a descrição das características de determinado fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

A pesquisa descritiva “observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”. (CERVO e BERVIAN,1983,p.55).

UNIVERSO DA PESQUISA: Para compor a investigação, foram selecionados, aleatoriamente, 100 prontuários de adolescentes na faixa etária dos 10 e 18 anos de idade, no período referente ao primeiro semestre de 2004, para compor a amostragem da investigação. Para Gil, quando é selecionada uma pequena parte de uma população, espera-se que ela seja amostra representativa dessa população que se pretende estudar. Conforme o autor, a amostragem significa utilizar uma pequena parte dos elementos que compõe o universo. Ou seja, “é o conjunto definido de elementos que possuem determinadas características”. (1999, p.99).

Esta descrição tem por objetivo realizar um mapeamento dos fatores de riscos vivenciado pelo adolescente, além de fornecer indícios que possam facilitar a compreensão do contexto no qual o uso/abuso de drogas se desenvolve.

Em nossa amostra desconsideramos variável que apresenta baixa incidência, tais como: ejaculação precoce; complexo de magreza; gravidez; aborto. Ainda que tais fatores possam estar presentes no cotidiano de alguns adolescentes, nos dados pesquisados não foram determinantes no uso/abuso de drogas.

Restringimos nossa amostra aos prontuários cujos adolescentes apresentaram estar vivenciando situações de risco que de certa forma, segundo os autores citados nesse trabalho, podem influenciar no consumo de drogas.

INSTRUMENTOS: O prontuário constituiu-se em importante instrumento dessa investigação, pois foi através dele que levantamos os dados necessários para este estudo. Nele estão contidas informações relativas aos atendimentos levantados pelos técnicos do Programa – Assistentes Sociais, Enfermeiras, Médicas, Psicólogas, Pedagogas (o), e estagiárias. Para atender as demandas apresentadas pelos adolescentes e cumprir com os objetivos do Programa do Adolescente, são utilizados instrumentos que incluem a observação sistemática, entrevistas, elaboração de relatórios, formulação de um plano apropriado de ação e de trabalho com o grupo de adolescentes.

Geralmente a técnica utilizada para a observação sistemática é a entrevista semi-estruturada, onde se resgata a história de vida do adolescente, considerando questões como família, escola, lazer, projeto de vida. Nas entrevistas semi-estruturada são utilizadas questões norteadoras, relacionadas às questões apontadas acima, juntamente com a identificação do adolescente e de seus familiares, para o desenvolvimento da mesma.

Trivinos (apud ANTUNES 2004, p.64), entende por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelos investigadores, começa a participar da elaboração da pesquisa.

A entrevista constitui-se em importante instrumento para revelar informações e estabelecer relações, permitindo uma interação entre entrevistado e entrevistador, oportunizando ao profissional conhecer a realidade deste grupo específico, fundamental para a intervenção do Serviço Social.

Ao ingressar no programa, o adolescente recebe o prontuário onde será anotado o teor da entrevista inicial realizada primeiramente pela assistente social. Este profissional, como de praxe, apresentará ao adolescente as informações referentes ao Programa; como também, informações relacionadas sobre a fase adolescente, e, em seguida lhe perguntará sobre o motivo que o levou a procurar o programa. Logo, tais informações serão transcritas na ficha de evolução do referido prontuário, juntamente com os dados pessoais do adolescente (idade, sexo, escolaridade, assim como os dados referentes a seus familiares), seguindo a metodologia SOAP (S: dados subjetivos – são as informações e observações do adolescente; O: dados objetivos – observação clínica; A: análise dos dados subjetivos; P: plano – mostra qual o tratamento), que se referem ao diagnóstico, evolução e prescrição.

Seguindo as normas do Programa, a assistente social encaminhará o adolescente para a enfermeira e para a médica e, constatada a necessidade, a profissional encaminhará para a psicóloga e/ou pedagoga (o), que utilizarão a mesma metodologia SOAP, para processar as informações.

PROCEDIMENTOS: Este estudo foi baseado no projeto de estágio curricular obrigatório realizado no Programa do Adolescente do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, na Diretoria do Posto de Atendimento Médico – DAME.

Para a coleta de dados da pesquisa, primeiramente, obtive a autorização para acessar as informações, no Setor de Prontuários. Lá, seguindo as normas da instituição, foram xerocados os números referentes aos prontuários, previamente escolhidos, de cada adolescente, e, desta forma, tivemos acesso aos mesmos, por intermédio das funcionárias (os) que compõe aquele setor. Assim, demos início a leitura e posterior registro das informações ali contidas. A partir do registro dessas informações, demos prosseguimento a análise dos dados levantados.

RESULTADO DA PESQUISA: Baseado nos dados da amostragem, os principais fatores de riscos vivenciados pelos adolescentes foram agrupados em cinco categorias:

TABELA 1 – Porcentagem de fatores de risco para o uso de drogas em adolescentes do Programa do Adolescente - DAME

Categoria	Porcentagem (%)
Desempenho escolar deficitário	53
Transtorno psico-social	43
Conflito familiar	28
Adolescente não usuário em contato direto com usuários	22,5
Doenças	14

1º Desempenho escolar deficitário: nesta categoria incluímos, repetência de ano, notas abaixo da média, abandono escolar, dificuldade de concentração, dislexia.

2º Transtorno psico-social: nesta categoria incluímos, depressão, ansiedade, insatisfação consigo, agressividade, fobia, insônia, timidez, rejeição, comportamento suicida, furtos, hiperatividade.

3º Conflito familiar: nesta categoria incluímos, violência doméstica, casal em conflito, abuso sexual – dado incluído nesta categoria por ter se apresentado dentro da família, fuga do lar, sobrecarga nos afazeres domésticos, falta de diálogo.

4º Adolescente não usuário em contato direto com usuários: nesta categoria incluímos pessoas que convivem com o adolescente e que fazem uso de álcool ou outras drogas: mãe, pai, irmão, irmã, tios, primos, amigos, padrastos, namorado, e namorado da mãe de adolescentes.

5º Doenças: nesta categoria incluímos, epilepsia, problemas de visão, síndrome de Down, síndrome de Crohn, HIV, diabetes, asma, cefaléias, desmaios, falta de ar e obesidade.

Na amostra colhida observamos que 53% dos adolescentes, compõe o universo daqueles que manifestaram desempenho escolar deficitário.

Segundo Scivoletto e Giusti (2004), o fracasso escolar e a falta de vínculos na escola constitui-se um importante fator de risco associado ao plano individual. As autoras afirmam que a escola pode apresentar situações favoráveis ao uso de drogas, entre as quais, a falta de senso comunitário e condições pedagógicas que não atendam as dificuldades de aprendizagem, propiciando o insucesso escolar. Ainda, atitudes favoráveis ao uso de substâncias pelos funcionários da escola e pelos estudantes, regras e sanções ambíguas ou inconsistentes em relação ao uso de drogas e às demais condutas dos alunos; a disponibilidade de álcool, cigarro e outras drogas em locais próximo da escola são fatores de risco no domínio escolar.

Por outro lado, afirmam as autoras, um clima escolar afetivo no qual o estudante possa contar com apoio pedagógico, parâmetros claros e consistentes e que lhe possibilitassem encontrar prazer, realização pessoal e oportunidades de participação ativa constituem fatores de proteção. O mesmo ocorre quando os professores têm altas expectativas em relação aos alunos e procuram envolvê-los, com responsabilidade, nas tarefas e decisões escolares.

Conforme levantamento realizado nos prontuários, podemos destacar que o mau desempenho escolar também está relacionado ao conflito familiar, representado por 37,7% dos adolescentes com tal informação. Observamos também 13,2% dos adolescentes com mau desempenho escolar estarem consumindo algum tipo de droga. A correlação entre estado civil dos pais e desempenho escolar mostrou em primeiro lugar, que os adolescentes com baixo desempenho escolar são aqueles cujos pais estão casados. Em segundo lugar, pais separados; e, em terceiro lugar, pelos pais em união consensual. De acordo com essa amostragem, observa-se que a separação dos pais não foi fator primordial no mau desempenho escolar, no entanto, aparece como principal fator para o conflito familiar. Esse dado está de acordo com a afirmação de Les Parrott (2003), que afirma haver diversos estudos apontando o relacionamento conflituoso entre pais e filhos como um dos fatores preponderantes para o uso de drogas na adolescência. O levantamento apontou 28% dos adolescentes vivenciando esse tipo de conflito.

Constatamos que 12% dos adolescentes não explicitaram o desempenho escolar.

Afirmam Scivoletto e Giusti (2004), a família pode ser um fator protetor ou de risco para o consumo de substâncias psicoativas. Para as autoras, filhos de pais dependentes apresentam risco maior ao uso/abuso de drogas. Ambiente familiar desagregador pode ser a porta para a rua, e, crianças e adolescentes em situação de rua estão sujeitos às situações de risco e às influências de seus pares, principalmente em relação ao consumo de drogas.

Para Díos (1999, p.86), “as crianças e adolescentes em situação de rua tornam-se mais vulneráveis a situações de risco que envolvem a violência, a delinquência, ausência da escola e fácil acesso às drogas”.

O levantamento detectou 22,5 % dos adolescentes não usuários de drogas estarem em contato direto e freqüente com pessoas usuárias de drogas. Dentre elas estão a mãe, pai, irmão, irmã, tios, primos, amigos, padrastos, namorado e namorado da mãe.

Segundo Paula (2002, p.23), “o grupo pode ser um estímulo para o uso e abuso de substâncias”. Os pais também estão entre o grupo de risco, principalmente quando usam drogas abertamente.

A pesquisa mostra o grupo de usuários em contato com adolescentes usuários e as drogas mais usadas por eles:

- 1- amigos e irmãos usam maconha, assim como o adolescente;
- 2- mãe e adolescente usam antidepressivos;
- 3- pais usuários de drogas injetáveis (UDI), usam cocaína, crack, e o adolescente usuário de ‘calmante’;
- 4- pai UDI e adolescente usuário de ‘calmante’;
- 5- pai alcoolista e adolescente usuário de cigarro e ‘calmante’;
- 6- pai alcoolista e adolescente usuário de álcool;

Observamos, pelos dados da pesquisa, que dos 11% dos adolescentes usuários de drogas, 63,6% deles tem contato direto com pessoas também usuárias de drogas, confirmando que o grupo pode exercer influência no consumo de drogas, segundo a autora acima citada.

Dos 100 prontuários analisados, 11% dos adolescentes declararam consumir algum tipo de droga. Destes, os fatores de riscos mais importantes detectados, foram:

- 1º Conflito familiar – 81,9% dos casos relatados;
- 2º Desempenho escolar deficiente – 81,9% dos casos relatados;

3º Transtorno psico-social – 77,8 % dos casos relatados;

4º Parentes, amigos e familiares usuários – 63,6% dos casos relatados.

As drogas mais usadas entre os adolescentes e as pessoas apontadas por eles,são:

1º Álcool;

2º Antidepressivos;

3º Maconha;

4º Cocaína;

5º Cigarro;

6º Crack;

7º Outras drogas, não especificadas.

O consumo de álcool é um dado extremamente relevante, pois confirma o que apontam as estatísticas citadas por variados autores, de que o maior consumo de drogas está entre aquelas consideradas permitidas. O alcoolismo é sem dúvida um dos maiores problemas relacionado às drogas, pois por ser aceito socialmente, ser vendido livremente até em supermercados, muitos adolescentes consomem, apesar de ser proibida sua venda, por lei, aos menores de 18 anos. O cigarro, também é uma droga legal e consumida pelos adolescentes, de forma indiscriminada. O efeito destrutivo do cigarro e do álcool ocorre em longo prazo e, geralmente, esse efeito não é diretamente relacionado ao uso dessas substâncias.

Outras drogas relativamente legais – ansiolíticos e antidepressivos, tomadas com receita médica e numa dosagem correta, são usadas para combater determinado problema de saúde, mas ingeridas de forma indevida, levam também à dependência e podem provocar problemas de saúde.

É normal que haja uma certa depressão na adolescência, que pode ser vista ‘ como sensação de desânimo ou melancolia’. No entanto, este estado de desânimo pode assumir características debilitantes da depressão, expressa sob a forma de tristeza, perda de interesse pela escola, pela igreja ou por atividades de lazer, facilidade para irritar-se ou agitar-se, sentimento de inferioridade, inutilidade, desamparo ou culpa. Conforme a depressão piora, a perda de energia é acompanhada de insônia ou grande sonolência, perda de apetite ou apetite excessivo, dificuldade de concentração, retraimento social, pessimismo, entre

outros. Segundo aponta a pesquisa, a depressão é um dado recorrente, e, está relacionado ao adolescente ou à algum membro de sua família, sobretudo entre as mães.

Do total de adolescentes pesquisados, 36 % praticam algum tipo de esporte, principalmente os esportes desenvolvidos nas aulas de educação física. Apenas 3% afirmaram não praticar esportes, e 61 % dos adolescentes não explicitaram tal prática.

Quanto às atividades de lazer, 53 % dos adolescentes apontaram incluir como lazer jogar vídeo game, andar de bicicleta, soltar pipas, ouvir música, passear com os familiares, conversar com os amigos, sair à noite, sendo o futebol a atividade mais mencionada por eles.

Do total de adolescentes usuários de drogas, 90,9% deles não explicitaram praticar esporte; somente 36,4 % dos adolescentes usuários de drogas explicitaram momentos de lazer, tais como: ouvir música, tocar em uma banda, ir à praia e em festinha.

Segundo Esslinger e Kovács (2003), é importante se estabelecer canais pelos quais o adolescente possa se relacionar. O esporte, segundo as autoras, é ligado à vida, traz benefícios importantes para o corpo, é saúde, e traz uma grande dose de prazer, pois, segundo a medicina, libera as endorfinas, nossa fonte de prazer dentro do corpo. Dessa forma, pode-se afirmar o esporte e o lazer serem importantes aliados na prevenção às drogas.

A obesidade pode ser proveniente de transtornos psicossociais, no entanto, ela predispõe o indivíduo às doenças orgânicas devido à deposição excessiva de gordura no organismo. A utilização de medicação (anfetaminas, por exemplo, entre outros) como forma para emagrecer, podem desencadear a dependência destas substâncias. Segundo Esslinger e Kovács (2003, p.70), “a busca do emagrecimento rápido pode incluir outro perigo: as drogas – principalmente os moderadores de apetite, verdadeiras ‘bombas-relógio’, porque viciam”. Conforme as autoras, a maior parte das mulheres dependentes de drogas começa tomando remédios para emagrecer ou tranquilizantes, as drogas legais, ou seja, obtidas com receitas médicas.

A categoria ‘doença’ pode influenciar negativamente no desempenho escolar do adolescente, assim como, pode contribuir para a dependência de substâncias químicas, portanto, constitui-se em fator de risco. Observamos 14 % dos adolescentes sofrerem de algum tipo de doença.

Nos adolescentes usuários, constatou-se que 54,5 % deles são do sexo feminino, na faixa etária entre os 14 e 16 anos, e o restante, 45,5 % são do sexo masculino, entre os 10 e 18 anos de idade. Observou-se que houve uma prevalência em relação ao sexo feminino, significando que não ocorreu, conforme apontam as estatísticas, maior consumo entre os adolescentes do sexo masculino.

Segundo Scivoletto e Giusti (2004), no sexo feminino, a primeira oferta para experimentar drogas ocorre com colegas do mesmo sexo, irmãs, primas, ou com o namorado, geralmente em casa de colegas. Já os adolescentes do sexo masculino iniciam o uso de drogas com colegas do mesmo sexo, irmãos, primos, ou com estranhos do sexo masculino, geralmente em locais públicos. Estes também iniciam o uso de drogas em idade mais precoce. Segundo as autoras, entre as adolescentes, geralmente o uso de drogas não se inicia com parceiros masculinos até que comecem a namorar, assim, o sexo feminino teria menos risco de se envolver com drogas em idades mais precoces. A puberdade precoce tem se constituído em fator de risco, nesse sentido, conforme as autoras.

Constatamos que 63 % dos adolescentes manifestaram não ter planos para o futuro. Isso representa um fator de risco importante para esses adolescentes, pois, constitui-se importante fator de proteção, justamente a valorização da vida, pensar no futuro, ter um projeto de vida.

Dentre os motivos alegados para o ingresso no Programa do Adolescente, elencamos os seguintes:

- 1º Atendimento junto à psicóloga, 33%;
- 2º A mãe agendou, 18 %;
- 3º Atendimento junto à médica, 15 %;
- 4º Atendimento junto à pedagoga (o), 13 %;
- 5º Encaminhado pelo Conselho Tutelar, 07 %;
- 6º Procura por fonoaudióloga, 05 %;
- 7º Encaminhado pela escola, 04 %;
- 8º Parente agendou, 03 %.

Alguns adolescentes explicitaram ingressar no Programa para receber orientações de um modo geral.

Concluímos que os fatores de riscos mais importantes vivenciados pelos adolescentes que ingressam no Programa do Adolescente, presentes na pesquisa realizada através dessa amostragem, são baixo desempenho escolar, conflito familiar, transtorno psico-social, convivência com pessoas usuárias de substâncias psicoativas, doenças.

A curiosidade, obtenção de prazer, falta de informações sobre as drogas, relaxamento das tensões psicológicas, facilitação da socialização, isolamento social, influência do grupo, dinâmica familiar, baixa auto-estima, manejo inadequado da mídia na questão das drogas, influência genética, excessiva medicalização da sociedade, contribuem para o uso indevido de substâncias psicoativas, principalmente pelos adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A magnitude do problema do uso indevido de drogas, verificada nas últimas décadas, ganhou proporções tão graves que hoje é um desafio da saúde pública no país. O Serviço Social tem um importante papel neste contexto, através de estratégias de ação interventiva capazes de atender às demandas, na realização de propostas de trabalho, principalmente junto aos adolescentes e sua família. Esse profissional deve ter como aliado, na busca de soluções para essa questão, além dos conhecimentos técnico-operativos e teórico-metodológicos, adquiridos na graduação, conhecimentos específicos para trabalhar com essa questão social.

A pesquisa realizada nos prontuários dos adolescentes ingressos no Programa detectou situações de riscos que envolvem esses adolescentes partindo de informações já processadas pelos profissionais do referido Programa. Sugerimos que a pesquisa seja retomada, no sentido de se realizar as entrevistas diretamente com os adolescentes, assim será possível obter outras informações relevantes a respeito do envolvimento do adolescente com as drogas, as quais não foram contempladas pelos próprios prontuários.

Ao abordar a questão das drogas na sociedade, principalmente quando envolve adolescentes em uso abusivo e/ou dependente, é necessário ampliarmos nosso olhar para a totalidade do fenômeno, como ele se expressa, e como atinge de forma bombástica a vida das pessoas envolvidas diretamente com esta questão. O uso abusivo/dependente de drogas por um indivíduo, seja ele adolescente ou não, envolve um processo que pode desencadear problemas, não somente ao usuário, mas para a família, para a escola, a comunidade em geral. Por isso, essas categorias têm um papel importante na criação de condições relacionadas tanto ao uso abusivo de drogas pelo adolescente quanto aos fatores de proteção.

No desenvolvimento de ações preventivas, não basta apenas diminuir os fatores de risco. É necessário promover os fatores protetores, com ações positivas, tais como: oferecer oportunidades de auto-realização para os jovens; incentivar os desafios e conquistas (auto-estima); auxiliá-los a lidar com frustrações, raiva, ou seja, com emoções; incentivar

vínculos com pessoas que não usam drogas; ambiente com regras claras e não tolerantes ao uso de drogas; identificação precoce de comorbidades; incentivar a análise crítica das propagandas e modelos oferecidos pela mídia entre os jovens; incentivar e promover a união e continência familiar (prazer no convívio familiar); estimular programas de prevenção afetiva e educativa (informação), em conjunto com o trabalho e orientação dos pais; auxiliar no desenvolvimento de habilidades sociais e na relação com o sexo oposto; incentivar a consciência de cidadania e responsabilidade na comunidade. Enfim, promover oportunidades para a auto-realização do jovem e de seu pleno desenvolvimento, buscando a promoção da saúde global e não apenas evitando o uso de drogas.

REFERÊNCIAS

ABEAD – **Associação Brasileira de Estudo do Álcool e outras Drogas**. Programa de Valorização da Vida. Brasília, MEC/FNDE, 1990.

ANTUNES, M. **Adolescentes trabalhando a prevenção ao uso de drogas: uma experiência de estágio no Centro de Referência em Saúde do Adolescente**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). UFSC, Florianópolis, 2004.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Edição Administrativa atualizada em 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Levantamento nacional sobre prevenção de DST/AIDS e de uso indevido de drogas**. Coordenação Nacional de DST/AIDS: Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília – DF, 2004.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Florianópolis/SC, 1994.

BUCHER, Richard. **Drogas e sociedade nos tempos da Aids**. Brasília: ed.UnB, 1996.

CARREIRÃO, Elizabeth Callado de Oliveira. **O perfil do adolescente usuário do programa de atenção integral à saúde do adolescente**. 1998 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Metodologias de Atendimento à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco). UDESC. Florianópolis, 1998.

_____, **O adolescente e o atendimento público de saúde:** as mudanças com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente. 2002 86f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). UFSC. Florianópolis, 2002.

CARTER. B. ; MCGOLDRICK, M. **As Mudanças no ciclo de vida familiar:** uma estrutura para terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, M. C. B. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.) **Família brasileira a base de tudo.** 4. ed. São Paulo: Cortez. Brasília: UNICEF, 2000.

CERVO, A. L. ; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica:** para uso dos estudantes universitários. 3. ed. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CINNANTI, C. J. J. Redes sociais na prevenção da drogadição entre crianças e adolescentes em situações de rua. In: CARVALHO e SILVA (Org.) **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua.** Brasília: MS/ COSAM, 1999.

DÍOS, V. C. Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em de rua. In: CARVALHO e SILVA, M. T. (Org.) **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua.** Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999.

DUARTE, P.V.e CRUZ, D. O. **Redes sociais:** uma nova forma de prevenir. In: Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas. 2. ed. Brasília: SENAD, 2002.

ESSLINGER, I. e KOVÁCS, M. J. **Adolescência:** vida ou morte? Série Jovem. 1 ed. 5 impressão, 2003.

FIGUEIREDO, K. C. **Representações sociais de violência: a visão da criança e do adolescente**. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia). UFSC. Florianópolis, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2001.

INFODROGAS. **Breve histórico das drogas perturbadoras do SNC**. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/> . Consultado em 10 de novembro de 2004.

LEPRE, R.M. **Psicopedagogia On Line: Portal da educação e saúde mental**. Disponível em <http://www.psicopedagogia.com.br>. Consultado em 10 de novembro de 2004.

LESSA, M. B. M. F. **Os paradoxos da existência na história do uso de drogas**. Disponível em <http://www.ifen.com.br/artigo1998bernadete.htm>. Consultado em 10 de novembro de 2004.

MINUCHIN, S. **Um modelo de família**. Famílias – Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre:Artes Médicas, 1992.

MIOTO, R. C. T. **O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços**. Revista Katálysis, v.5 n.1. Florianópolis, 2002.

_____. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate**. In: Serviço Social e Sociedade. n 55.São Paulo: Cortez, 1977.

NOGUEIRA, V. M. R. **A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde**. Katálysis. N.3. Florianópolis: EDUFSC,1998.

PARROTT, Les. **Adolescentes em conflito: os 36 problemas mais comuns na adolescência: um guia prático para pais e educadores.** São Paulo: Vida, 2003.

PAULA, W. K. de. **Viver livre das drogas: tudo que você precisa saber sobre o uso de drogas e a sua prevenção.** Florianópolis: Letras Brasileiras, 2002.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1986.

PUEL, E. **Drogas e políticas institucionais.** In: Encontros Teológicos. Revista do Instituto Teológico de SC. n. 29, Florianópolis: Vozes. 2000.

_____, **Padrões de interação da família alcoólica.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). PUC. Rio de Janeiro, 1991.

RAMOS, M. **Introdução à terapia familiar.** São Paulo: Ática, 1990.

REIS, J. R.T. Família, emoção e ideologia. In: LANE S. ; DOCO, W. (Orgs) **Psicologia social: o homem em movimento.** São Paulo: Brasiliense, 2001.

SARTI, C. A. A família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.) **A família contemporânea em debate.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SCIVOLETTO, S. ; GIUSTI, J. **Fatores protetores e de risco associados ao uso de drogas na adolescência.** Disponível em <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Consultado em 10 de novembro de 2004.

VIZZOLTO, S. M. **A droga.** A escola e a prevenção. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

YASBECK, M. C. O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: reprodução social, trabalho e serviço social.** Brasília: UnB, módulo 02, 1999.